ESAME
DELLE OSSERVAZIONI

SUL TAGLIO RETTO-VESCICALE
PER L'ESTRAZIONE DELLA PIETRA
DALLA VESCICA ORINARIA

PUBBLICATE

DAL SIGNOR CAV.

ANTONIO SCARPA

PROFESSORE EMERITO IN PAVIA, ECC. ECC.

DI

TOMMASO FARNESE

DOTTORE IN FILOSOFIA E MEDICINA, ECC. ECC.

Prezzo lir. 3. ital.

MILANO,
PRESSO RANIERI FANFANI
MDCCCXXIII

ESAME
DELLE OSSERVAZIONI

SUL TAGLIO RETTO-VESCICALE
PER L' ESTRAZIONE DELLA PIETRA
DALLA VESCICA ORINARIA

PUBBLICATE

DAL SIGNOR CAV.

ANTONIO SCARPA

PROFESSORE EMERITO IN PAVIA, ECC. ECC.

DI

TOMMASO FARNESE

DOTTORE IN FILOSOFIA E MEDICINA, ECC. ECC.

MILANO,
PRESSO RANIERI FANFANI
MDCCCXXIII.

AL CAVALIERE

ANDREA VACCÀ BERLINGHIERI

PROFESSORE DI CLINICA CHIRURGICA NELL' I. E R. UNIVERSITA' DI PISA, CAV. DELL' ORDINE DEL MERITO SOTTO IL TITOLO DI S. GIUSEPPE, E MEMBRO DI MOLTE ILLUSTRI ACCADEMIE EUROPEE.

A. Stimatissimo,

Mi sono accinto a difendere il vostro libro sopra un metodo da voi renduto celebre, contro le obiezioni d'un dottissimo Professore chirurgo ed anatomico. Come io abbia saputo sostenere i vostri principii che son pure i miei, voi lo vedrete, e vorrete poi correggere o supplire ciò che da me si è detto e non fosse provato bastantemente quanto conveniva.

Amatemi sempre e credetemi

Milano 20 Luglio 1823.

Vostro affez. Amico

T. Farnese.

DISCORSO

PRELIMINARE

Aveva io già incominciato a fare alcune considerazioni sull' uso del taglio retto-vescicale per l'estrazione della pietra dalla vescica orinaria, e volea renderle di pubblica ragione, quando negli Annali Universali di Medicina del sig. dott. Omodei, volume XXIII, pag. 34, vidi stampata una Lettera del celebre sig. cav. Scarpa, diretta al sig. prof. Maunoir, il quale gli aveva chiesto diversi schiarimenti sul taglio retto-vescicale, cioè « se continua

« ad avere dei fautori in Italia;
« quali sono i perfezionamenti
« che vi ha ricevuto; quale è
« l'opinione (di Scarpa) intorno
« al medesimo. » Sospesi allora
quello scritto poichè l'ordine da
me intrapreso non era più confacente all'uopo, e troppa era la
contrarietà che palesava a quel
metodo un Professore di tanta
riputazione per teorica e per
pratica, qual è il cav. Scarpa.

Intesi quindi che il sullodato
professore aveva incominciato altro lavoro in proposito; che
quella lettera pertanto non era
che un prodromo ad ulteriore
scritto contro il taglio retto-vescicale. Questa notizia mi paralizzò: deposi l'idea di dare

alla luce i miei pensamenti, e mi proposi soltanto di pubblicare i fatti nudi, senza entrare nel merito della lettera in cui sebbene io scorgeva una mal fondata avversione di quest'uomo grande, pure, avuto riguardo alle ragioni che io doveva da lui aspettarmi, appoggiate a fatti che egli stesso avesse osservati in pratica, divisai di stampare soltanto alcune mie storie di concrezioni da me vedute e curate. Ma venuto alla luce l'opuscolo del cav. Scarpa osservai, che non conteneva nè più nè meno di quello che aveva già egli manifestato nella sua lettera, la quale è pur riportata in quel libro. Questo per altro è in tanti pa-

ragrafi diviso, e contiene le riflessioni fatte al tavolino col semplice soccorso dell' anatomia contro il metodo del taglio retto-vescicale, e vi è aggiunto un rame con diverse figure di confronto fra il taglio retto-vescicale, e l'incisione del taglio laterale eseguito col *Gorgeret di Hawkins*, corretto dal dotto cav. professore. Questi tagli in essa tavola scolpiti sono stati però fatti sui cadaveri.

Essendo quelle osservazioni dirette contro la seconda Memoria del prof. Vaccà, non toccherebbe a me di entrare in arena per combatterle, ma siccome ne' paragrafi vi sono del pari che nella lettera forti invettive contro i fau-

tori e promotori del metodo del taglio retto-vescicale, così era di mio diritto ancora di fare un esame critico, ed imparziale di quello scritto, primo, perchè fui uno dei primi operatori del taglio retto-vescicale come dalla Memoria si può osservare che lessi all' Imp. R. Istituto nel mese di febbrajo, anno 1820, nella quale (A) dopo avere esposto un' operazione di litotomia da me fatta secondo il metodo del sig. prof. Dubois in una fanciulla, narrai un secondo caso d' ugual natura in un uomo da me operato colle modificazioni che io immaginai al taglio retto-vescicale descritto dal sig. Sanson: secondo, perchè appunto pochi

giorni prima della pubblicazione dell' opuscolo del chiariss. Scarpa, mi venne opportunamente il caso di verificare se sussistesse un inconveniente gravissimo supposto in quell' operazione, e potei assicurarmi (B) coll' anatomia d' un soggetto il quale avea sostenuta felicemente l' operazione del taglio retto-vescicale, e un anno dopo l' operazione morì, che non erano infallibili le asserzioni del dotto Antagonista, e mi persuasi sempre più de' grandi vantaggi del metodo con quell' esempio.

S' aggiunse poi recentemente nuova serie di cure prosperamente condotte e terminate, a dimostrare la preferenza che que-

sto metodo dee meritare su tutti gli altri; e credo che basteranno due documenti che qua in fine registrerò (C-D) ad invogliare il più timido ma saggio operatore a questo salutare e più sicuro esperimento.

Invece, dal contesto dell' opera del chiarissimo cav. professore Scarpa, lo scritto del mio amico prof. Vaccà è sotto tre aspetti criticato: egli sostiene I.° che il taglio retto-vescicale a confronto del taglio laterale è da abbandonarsi anche nella sua modificazione: II.° che il taglio retto-vescicale è da posporsi al taglio ipogastrico: III.° che il taglio retto-vescicale è peggiore di quello di Celso. Convien dun-

que difendere il metodo da me adottato, illustrato poi e praticato con altre modificazioni dall' egregio prof. Vaccà, indi da parecchi altri valentissimi chirurghi usato con ottimo effetto, e difenderlo a fronte d' un gravissimo e dottissimo prof. anatomico qual è il cav. Scarpa, nome onorato e famoso per tutta Europa: ma non egli potrà adontarsi se con qualche franchezza si osa sagrificare alla verità (quale da noi è conosciuta) qualunque riguardo verso le persone, ed esso stesso non saprà essere scontento, se vedrà d' avere dato occasione a rendere più certa l' utilità di questo metodo, o a persuadere il pubblico di poi con

migliori argomenti che noi ci siamo ingannati.

Converrà dunque addurre prove di teorica e di pratica per dimostrare, che nel primo caso il taglio retto-vescicale ha il vantaggio sommo di non ledere l' arteria pudenda, e quindi non v' è timore dell' emorragia nemmeno secondaria; per far conoscere la grandezza della pietra, che se è voluminosa non può estrarsi bene che col taglio retto-vescicale, non mai col taglio laterale, come viene deciso dai grandi maestri, che propongono invece il taglio ipogastrico: che nel secondo caso va preferito il taglio retto-vescicale per li grandi inconvenienti del taglio ipoga-

strico proposto dai pratici, prima che si conoscesse l'utilità del nuovo metodo: che nel terzo è male applicato il paragone del taglio retto-vescicale con quello di Celso.

(A)

Sul metodo d' estrarre il calcolo della vescica orinaria in ambo i sessi. — *Memoria letta all' I. R. Istituto*, ecc.

Avvegnachè non siavi scienza od arte, sapientissimi Signori, la quale per quanto avanzata sia mercè degli studi de' valenti uomini d' ogni età in quelle peritissimi, è suscettiva sempre di perfezionamenti, a misura che le osservazioni si moltiplicano e si ripetono; non vi sia sgradevole che io pure, tuttochè infimo nell' arte chirurgica, osi dinanzi a voi presentarmi questa mattina, per ragionarvi sopra quella parte della chirurgia, che litotomia si appella, alla quale avendo più volte avuto campo di prestarmi attivamente, alcuna cosa m' occorse osservare, e alcuna strada battere nell' operare, la quale, non essendo servile affatto dei metodi immaginati e descritti da illustri inventori, mi pare non indegna dell' attenzione di voi, che altre volte in questo rispettabile Consesso vi degnaste cortesemente ascoltarmi.

Due cose mi propongo di esporvi, cioè: la prima, come operando sopra una fanciulla per estrarre un calcolo della vescica, abbia io dovuto scegliere tra i diversi metodi prescritti nella chirurgia operatoria quello del celebre sig. Dubois, e come non trovandolo in tutte le sue parti applicabile al caso mio, abbia dovuto ricorrere ad alcune modificazioni suggeritemi dal bisogno di sfuggire i rischi che s'incontrano con quel sistema nelle tenere fanciulle.

Secondo, come nelle operazioni occorsemi sui maschi io sia uno de' primi fra gl' Italiani che abbia praticato, e con felice successo, il metodo del signor Sanson, metodo tutto nuovo, e che io ho trovato più semplice e sicuro di quanti son conosciuti od usati fra noi.

Dei quattro metodi per operare sopra le femmine cioè: il laterale, il taglio della vagina, il taglio ipogastrico, e l' apertura dell' uretra, quest' ultimo è quello su cui il sig. Dubois ha portato i suoi perfezionamenti, ed è quello a

cui in particolar modo ho giudicato dovermi attenere nel caso mio.

Quell' esimio professore probabilmente aveva sperimentato i metodi del Donglass, di Molyneux, di Nicola Robinson, di Leblanc, Jauberton e Bouquot, e di quanti altri benemeriti maestri aveanlo preceduto in questa parte della cistotomia, ed avea scorto gl' inconvenienti, che v' erano, oltre i pericoli d' intaccare alcuna parte interessante, di recare al paziente dolori insoffribili, ed un debilitamento tale delle parti, che più non valessero a contenere l' orina, inconvenienti tutti che nascevano dall' artificiale dilatazione dell' uretra. Dopo le modificazioni e varietà di stromenti immaginate dagli autori, dopo che Franco consigliò il taglio dell' uretra, e Dionis fece doppia incisione nella medesima per non parlare delle altre pratiche a lui posteriori; il professore Dubois, dico, trovò essere inutile la doppia incisione all' uretra e alla vescica, e sufficiente una sola, purchè tale, che dividesse l' uretra e il collo della vescica

in tutta la loro estensione, acciò senza lacerare nè l' una nè l' altra potesse venirsi liberamente all' estrazione del calcolo.

Ecco dunque come egli giudicò dover dirigere l' incisione dell' uretra in alto, verso la sinfisi del pube, servendosi d'un coltello diritto, a lama lunga e stretta, e tagliente da un sol lato, una sonda scanalata, un gorgeret, e diverse tanaglie. Posta convenientemente la malata, ed introdotta la sonda scanalata nell' uretra, appoggia con essa sulle pareti posteriori del canale anteriore della vagina riunite; ciò che dilata il primo e facilita la sezione. Inserito nella sonda il coltello, lo insinua nelle parti, ed alzando il manico taglia tutta la parete superiore del canale e il collo della vescica; allora, tolto lo strumento, sostituisce il dito per assicurarsi dell' estensione della divisione, ed introduce sulla sonda il gorgeret che serve di guida alla tanaglia, nel tempo che portato abbasso deprime la vagina per aprire alla tanaglia più ampia via. Per tal modo nell' estra-

zione del calcolo, l' uretra che si dispiega e si abbassa, impedisce che la vagina protetta del canale venga in alcuna parte offesa, e felicissima, e senza niuno de' surriferiti inconvenienti riesce l' operazione, e la guarigione prontissima.

Se però il sig. Dubois giunse con questa sua modificazione a scansare molti e gravi pericoli, ciò non ostante io ho trovato più semplice e più sicuro l' uso del bisturì ricurvo bottonato alla punta invece di quello da lui proposto appuntato e dritto. Con quello infatti, tosto che sia appoggiata l' estremità sulla sonda scanalata, ed introdotta quanto occorre nella vescica, a misura che si avanzerà per quella, andrà senza bisogno d' innalzarsi facendo il taglio necessario all' operazione, intaccando cioè il collo della vescica oltre la divisione dell' uretra, e però risparmiando uno dei due possibili inconvenienti, o che rompasi la sua punta pel soverchio aggravarsi sul conduttore, o che deviando da quello, vada a formare alcuna ferita o lacerazione nelle parti attigue che debbono essere salvate.

La paziente su cui ho usato la prima volta tal foggia di metodo, era una fanciulla di circa sette anni, e per conseguenza, e per la tenera età, e per la piccolezza delle parti esigeva tutta la diligenza, l' economia, e la semplicità nell' operare. Pensai dunque che oltre all' adottare il coltello in asta ricurvo, di lama stretta, e bottonato in punta come quello di Pot, avrei potuto risparmiare il gorgeret servendomi invece del mio dito indice sinistro guidato dalla stessa tenta, dopo avere impugnata questa colla mano destra, posato che abbiasi il tagliente, e quel dito è sicuramente bastante per assicurarsi della estensione della ferita, per servire di guida alla tanaglia, e per deprimere al tempo stesso la vagina onde aprire più ampia via alla tanaglia stessa.

Se non che riflettendo alla picciolezza dello spazio che mi offriva a tale operazione la somma vicinanza dell' uretra alla clitoride, parte così sensibile in tutte le femmine, ma specialmente in una fanciulla piccola, e sì delicata per

l' affluenza de' nervi, e vasi sanguigni che interamente la formano, mi convenne ponderare se più vantaggiosamente per altro verso che di basso in alto verticalmente secondo la prescrizione di Dubois si fosse potuto praticare il taglio; e considerai che sarebbe meglio eseguito diagonalmente dal lato della clitoride, scansandola onninamente, ed attenendomi al vertice formato dalla parte laterale della clitoride medesima e dalla ninfa. Da questa incisione io otteneva il doppio vantaggio di salvare i vasi della clitoride, risparmiando dolori, e perdita di sangue, e di agevolare l' uscita del corpo estraneo, perchè, formato per la direzione del taglio un campo più esteso, e renduto forse maggiore dalla compressione sulla vagina, minore sarebbe stata la lacerazione, e l' attrito nella uscita del medesimo sulla clitoride.

Appoggiato a queste considerazioni, m' accinsi all' opera sulla detta fanciulla il giorno 20 maggio 1818. Introdotta, come io diceva, la tenta scanalata, col ferro ricurvo praticai il taglio obliquo,

e senz' altro soccorso fuorchè la guida della tenta medesima, col semplice dito riscontrai il corpo estraneo, accompagnai la tanaglia per afferrarlo e per estrarlo senza che il minimo inconveniente accadesse, il quale o ritardasse l' effetto, o imbarazzasse l' operazione, o la rendesse penosa e malagevole. E quello che tanto più giustifica un tal modo d' operare e che si meritò l' approvazione dell' esimio sig. professore Nicola Moriggi, che per avventuroso accidente si trovò al fatto, non che degli abili chirurghi signori dott. Billi, Baratta, ed Alberti di Lodi, si è, che il corpo estratto era del peso di due once e quindici denari, e per conseguenza di un volume, che richiedeva tutta l' industria dell' arte, e che con tutt' altro metodo avrebbe senza dubbio portate con se alcune di quelle conseguenze, che non ne vanno per lo più disgiunte; e soprattutto poi, che nel nono giorno dalla operazione la malata fu in grado di passeggiare trovandosi ristabilita in forze, ed erano scorsi appena venti giorni,

che ella non si accorse più d' inconti-nenza d' orina.

I vantaggi dunque che mi risultano dalla indicata modificazione al metodo del sig. Dubois, usando il bisturì de-scritto, ricurvo, e bottonato, piuttosto che dritto e appuntato, e il taglio obliquo piuttosto che verticale, intaccando il collo della vescica senza tutto interessarlo, e non adoprando il gorgeret, sono: primo, di affrettare ed assicurare l' incisione; di semplificare, e accelerare l' operazione, servendosi del dito come unico stro-mento riconoscitore del corpo estraneo, e guida alla tanaglia, e compressore della vagina; di assicurare i vasi della cli-toride, e la clitoride stessa; di risparmiare alla paziente dolori gravissimi; finalmente di sfuggire quelle piccole lacerazioni, che, o dal cambiamento di stromenti, o dalla mancanza di elasticità nei me-desimi (ciò che non avviene nel dito il quale si presta alla compressione), po-trebbero naturalmente procedere.

Il secondo caso sul quale mi proposi d' intrattenervi, umanissimi Signori, e pel

quale richiamo l' attenzione vostra, è un' altra mia operazione di litotomia eseguita il 16 di ottobre 1819, sopra certo Luigi Pacini di Busdagno, uomo di 50 anni, e di buon temperamento. Ancor qui sempre desideroso di seguire il metodo di operazione il più semplice, men doloroso e più sicuro fra i tanti che l' arte ne accenna, e appoggiato all' autorità di ragioni convincentissime del sig. Sanson, ho stimato di attenermi a quello che da esso viene proposto e tanto caldamente raccomandato. Ma siccome rari sono i casi di un calcolo straordinariamente grande, così, nel primo che mi si offerse, volli farne il tentativo, ed attenermi ad una prova che io sperava utilissima, ed, in caso di buon esito, applicabile, per mio avviso, in qualunque circostanza a preferenza di quanti altri metodi fin qui si conoscono nella pratica chirurgica. Ed a ciò mi determinò un certo violento desiderio di provare ancora quel taglio che per accidentalità misi in esecuzione nella circostanza di un soggetto che operai, l' anno

1806, nell'arcispedale di S. Maria Nuova di Firenze, per fistole orinarie, una aperta al perineo, nel retto intestino, l' altra al di là degli sfinteri, sì che sembravano avere una sola comunicazione le due aperture. Fatto il taglio dal perineo all' ano, furono da me divisi gli sfinteri, e l' estremo intestino retto corrispondente, e con sorpresa di tutti gli astanti ed in particolare del celebre Nannoni che era presente, come primo operatore, e del chirurgo di Turno sig. Nesi, si riconobbe le due aperture non avere fra loro unione, ma essere due fistole diverse, l'una uretra-perineale, l'altra vescico-rettale, ambedue secondarie e complicate per calcolo incominciato, e sviluppato nell' uretra, ed io l' estrassi facendomi strada pel seno fistoloso nell' uretra stessa e a mano a mano la divisi e con lei la prostata ed il collo della vescica.

È noto già che il retto intestino è in istretta relazione colla parte membranosa dell' uretra, colla prostata, e col bassofondo della vescica, e però è chiaro,

che incidendo gli sfinteri dell' ano dall' intestino retto verso la radice della verga, rimarrebbe scoperta la superficie inferiore, o posteriore della prostata, e l' uretra membranosa più o meno, e si potrebbe penetrare nella cavità della vescica o pel collo di quest' organo traversando la prostata, o pel suo basso fondo seguendone la parte posteriore. Quest' ultimo fu il metodo usato dapprima da Sanson sopra un cadavere, il cui risultamento fu l' ispezione delle parti, senza che fossero interessate altro che le fibre degli sfinteri, la parte inferiore del retto intestino, ed il bassofondo della vescica. L' altro modo per altro che dopo l' incisione dello sfintere esterno dell' ano si presenta è quello d' incidere la porzione membranosa dell' uretra, sulla solcatura del catetere tenuto perpendicolarmente, e divider così la prostata e il collo della vescica sulla linea media, che è quanto dire incidere le stesse parti che andavano soggette a dilatamento, o per dir meglio a lacerazione col metodo di Mariano Santo.

Questo è appunto il processo da me seguito nel caso di cui parlo, e questo scelsi appunto, perchè presso a poco coincide con quello irregolarmente fatto al soggetto fistoloso, dovuto alla circostanza; anzi nel grado che l' incisione fosse più profonda ed estesa ed interessato lo sfintere interno, ciò che non accade nel modo descritto da Sanson, pure riescì la cura felicissima, e l' ammalato guarì in brevissimo tempo senza essere occorso nella cura inconveniente alcuno, e specialmente quella dell' introduzione delle materie fecali, che si dubitava dovessero internarsi in vescica, ciò che non avvenne siano esse state sciolte, o più o meno figurate.

Per questo fenomeno particolarmente mi determinai di preferire il taglio retto vescicale nel secondo modo indicato da Sanson facendovi qualche modificazione. E questo appunto preferii all' altro modo, che sebbene sia stato messo in esecuzione con tanto vantaggio dal sig. prof. Barbantini, come sapea per notizia datami dal sig. cav.

Vaccà avere esso estratto pel basso-fondo un voluminosissimo calcolo, con molta facilità e senza inconvenienti, e con esito felice.

Infatti collocato il malato nella solita ed opportuna posizione, ed introdotto il siringone affidato ad abile assistente, talchè non deviasse dalla perpendicolare, introdussi nell' ano il dito indice della mano sinistra, spalmato d' olio, dirigendolo nella sua faccia palmare posta lateralmente, e voltatolo quindi supino, me ne servii di guida al bisturì di lama stretta bottonato di Pott che avanzai appianato sull' indice medesimo circa un pollice nell' ano, e rivolto il tagliente, nell' estrarlo innalzando la mano incisi l' intestino nella sua parte anteriore, il muscolo sfintere esterno dell' ano, e circa un pollice, lungo il rafè, il perineo ed il cellulare sottoposto. Estrassi allora il dito dall' ano, supino come si trovava e innalzandolo strisciai il polpastrello lungo la incisione fatta, ed assicuratomi così dell' apertura, lo rivoltai nella sommità

della ferita in senso opposto al primo, quando l' introdussi nell' ano, e fissai l' unghia nell' uretra membranosa d' onde attraverso le sue pareti si sente la solcatura del siringone, e per quella inoltrai un coltello retto in asta, appuntato e leggermente panciuto, poco dissimile da quello di Ceseldeno, col quale percorrendo tutta la solcatura del siringone incisi e divisi la parte membranosa dell' uretra, la prostata interamente ed il collo della vescica; dimodochè introdotto il dito in vescica, prima di trar fuori il siringone, mi trovai padrone del calcolo che estrassi colla tanaglia guidata dal dito medesimo. Il calcolo ha la sua figura quasi ovale schiacciata, ed il suo peso è di un' oncia, e dodici denari circa.

Il difficile di questa operazione è di conservare sempre perpendicolare il siringone, senza di che con gran difficoltà si eviterebbe il rischio di offendere uno dei due canali ejaculatori per mezzo a' quali dev' essere guidato il coltello. Evitato questo unico

pericolo (*), *niuno è più a temersi di quei tanti che non vanno mai disgiunti da' metodi che furono sin qui praticati, cioè la frequenza dell' emorragia, la possibilità di non giugnere alla vescica quando non è sufficientemente distesa, le filtrazioni orinose, e l' infiammazione della vescica a cagione degli sforzi i quali occorrono talvolta per estrarre una pietra soverchiamente voluminosa, e mille altre conseguenze di simile genere.*

Pare che Sanson unicamente tentasse sul cadavere il taglio retto-vescicale da lui descritto, per il che si fa varie obiezioni e le combatte con argomenti e non coi fatti (**). *Egli dice che sarebbe*

(*) *Quando scrissi la presente Memoria non avea che un caso, e quindi io era indeciso e credeva piuttosto un forte inconveniente il taglio di uno dei condotti ejaculatori, ma quando poi i fatti si moltiplicarono ed i casi del cav. Vaccà riescirono felici, sì che poi egli stesso parlò di questo argomento, mi convinsi (e mi persuasi poi col fatto del Cordes), che anche tagliato guarisce. (V. B. Processo verbale).*

(**) *Non avea veduto che l' estratto dell' autore nel Dizionario delle Scienze Mediche quando feci l' operazione di cui lessi poi la storia all' Imp. R. Istituto. Avuta che*

forse a temersi il passo delle materie stercoracee nella vescica; e fors' anco il pericolo che rimanesse sotto la cicatrizzazione esterna una fistola vescico-rettale. Ma in quanto alle prime, se il caso è possibile, non sembra ordinario; perchè la piaga del retto è nella parte inferiore della vescica; di più le materie stercoracee discese abbasso, trovano per la sezione dello sfintere una libera uscita esterna, che loro impedisce di portarsi contro il proprio peso nella vescica, l' apertura della quale è superiore. Inoltre l' apertura del basso-fondo del sacco orinario essendo più alta di quella del retto intestino, la membrana mucosa di

---

ebbi la sua Memoria (Des Moyens de parvenir a la vessie par le rectum, etc. Paris, 1817) che mi regalò il mio amico professore Nerici di Lucca, allora non ebbi alcun dubbio che il signor Sanson non l' aveva provata che sul cadavere. Pare al più da alcune sue parole, pag. 43, che il sig. Dupuytren l' abbia tentata sul vivente, ma non indica il metodo preciso. In Italia il mio cliente fu il primo sottoposto al metodo secondo del taglio retto-vescicale, avendogli io incisa l' uretra membranosa, la prostata, ed il collo della vescica, a fine, come ho detto nella presente Memoria, di renderlo comune e sostituirlo al metodo laterale.

questo trasportata abbasso da ogni separazione ed escrezione deve facilmente coprire la piaga della vescica, e favorire la perfetta rimarginazione della piaga medesima, nè dà luogo alcuno alla formazione della fistola. Ciò apparirà ancor più difficile ad avvenire se riflettasi, che una incisione simile lascia tutto il luogo di dominare sino al fondo la piaga e di accompagnarla coi soccorsi dell' arte fino al perfetto cicatrizzamento.

Tali considerazioni teoriche, le quali sembravano a Sanson bastevoli ad assicurare la riuscita del suo metodo, ho trovato io difatto essere in parte giustissime nel mio caso, in cui operai per la via dell' uretra ed il collo della vescica. Presenti all' operazione furono i rispettabili dottori in medicina e chirurgia signori Antonio Andreazzini, e Antonio Barzotti, all' ultimo dei quali rimase definitivamente la cura, ed egli poi si compiacque di darmi contezza dell' andamento della medesima con sue officiosissime lettere, da cui risulta che la semplice cura controstimolante già da

tutti tre unanimemente combinata ridusse mite il processo d' irritazione, e di poca durata la febbre, che nel quarto giorno più non esisteva; che le fecce o materie fecali a malgrado delle purghe oleose, e dell' uso dei clisteri onde mantenerle molli e più o meno liquide giammai non passarono in vescica (come nemmeno ne passò nel soggetto sopraddetto a cui estrassi il calcolo dell' uretra), e non possono di fatto entrare per la distanza fra le due aperture, e per la loro situazione.

Io per altro non guarantirei che questo fenomeno non succedesse nell' altro modo dal Sanson raccomandato; poichè l' incisione del basso fondo della vescica è troppo vicina a quella del retto intestino, e non vi è, per così dire, medietà di parti fra loro intese, come lo sono nell' altro modo da me eseguito, onde le obiezioni alle stesse sue considerazioni mi sembrano incerte, e non ragionevolmente fondate. Ciò in breve sarà verificato, mentre abbiamo il caso felicemente guarito dal

sig. professore Barbantini il quale sta preparando le sue osservazioni (*).

Le orine a misura che cicatrizzavasi la piaga, la quale fu spesso toccata col nitrato d' argento dal nostro Barzotti, deviavano da questa, ed andavano all' uretra da cui uscirono le prime gocciole nel decimo giorno, ed aumentarono nel duodecimo, e sempre progredendo si videro a getti uscire dall' uretra, e dopo altre poche gocciole, le quali comparvero per ultime nella piccola apertura al perineo, oltre il ventesimo giorno più non comparvero, ed in trentatrè giorni il malato uscì di casa perfettamente guarito.

Questo modo di operare merita tutta l' attenzione dei chirurghi, perocchè tutto ciò che serve a diminuire i patimenti dell' umanità, ed a perfezionare una

---

(*) *Quando presentai all' Imp. R. Istituto la mia Memoria, che lessi poi dopo molto tempo, non era pubblicato l' opuscolo dell' egregio professore.* (*Di un voluminoso calcolo della vescica orinaria operato col taglio retto-vescicale, ecc. Lucca*, 1819).

delle operazioni più importanti della
chirurgia quale si è questa, è sicura-
mente non solo cosa consolante, ma do-
verosa insieme. Fino ai tempi più vicini
a noi le malattie della vescica riguar-
davansi come incurabili, il che costi-
tuiva un difetto grave nell' arte opera-
tiva. Ora molti sono i metodi che si
conoscono per operare sopr' essa, ma
presso che tutti portano seco un' infinità
di sinistri accidenti. Il metodo di San-
son ha, secondo tutte le apparenze,
una gran superiorità di vantaggi a con-
fronto di tutti gli altri, ed io non posso
che celebrarlo dopo averlo provato nel
mio paziente con ottimo successo. Sic-
come per altro un sol caso è poco per-
chè si abbandonino affatto i metodi fin
qui usati, è desiderabile che altri pure
ripeta con giudiziosa accuratezza l' e-
sperimento, onde stabilire una volta, e
render generale questo, che io ho spe-
rimentato pel più semplice, e che io
credo il più sicuro ed il miglior di
tutti.

Concluderò dunque senz' altro, che

sono da riputarsi assolutamente preferibili a tutti gli altri i due metodi che fin qui vi ho esposto, così per le femmine, come pe' maschi. Quanto alle prime, quello da me adottato giudico esser l' unico, trattandosi specialmente di vergini, e quanto alle maritate inclinerei pure pel metodo d' incisione della vagina, per risparmiare dolori, emorragie, e guasto di parti che troppo interessano lo stato delle pazienti; per le seconde, perchè, giusta anco il sentimento del sig. profess. Dupuytren, insussistenti sono i timori di fistole vescico-vaginali incurabili, i quali trattennero fin qui i pratici dall' adottarlo; perciocchè non è affatto vero che siano incurabili le piaghe, le quali stabiliscano una comunicazione tra la vagina e la vescica, costando a me in più casi, e in due specialmente occorsimi nell' arcispedale di S. Maria Nuova di Firenze, uno di cancrena al collo della vescica in una partoriente che guarita portò la fistola vagino-vescicale per molto tempo, l' altro di ulcera venerea vaginale dive-

nuta pur fistola cronica, che senza nissuna difficoltà guarirono perfettamente, rimossane la causa.

Quanto poi alle operazioni di litotomia sugli uomini, m' attengo pure per intimo convincimento al metodo del Sanson nel secondo modo descritto, e lo vorrei per benefizio dell' umanità generalmente introdotto; senza che vagliano contro esso le obiezioni per timor della fistola, avendo io provato che anzi ne è più lontano il caso, o è più facile il rimoverlo, perchè più in questo che in qualunque altro metodo può il curante essere sempre padrone del fondo della piaga.

(B)

Il secondo caso da me trattato col taglio retto-vescicale fu nel giorno 21 *di febbrajo* 1822 *sopra certo Cristoforo Cordes, di* 70 *anni circa, di buon temperamento per l' età sua, vivissimo, ed irrequieto forse pel suo cattivo stato di salute.*

Nell' incominciar della primavera del 1818 *sentendo difficoltà nell' orinare chiamò il chirurgo, l' informò del suo stato, e lo fece consapevole, che frequente è il bisogno d' orinare per lo stimolo che provava, e che questo era più forte dopo emessa l' orina, e più di giorno che di notte, vale a dire, più quando era alzato che quando stava in letto. Nella notte aumentandosi le orine di più, per una certa quiete, quando le emetteva il primo getto era libero, ma poi s' arrestavano e vi volevano grandi sforzi perchè ne spicciasse qualche gocciola. Di più, se in vece di porsi in ginocchioni quando era in letto, stava disteso supino, od un*

poco in fianco, con assai facilità uscivano per la verga. Non comparve mai sedimento sino a quel tempo, soltanto le orine più o meno eran cariche di colore; ciò che egli attribuiva alle qualità del vino. Da questi segni preliminari sembra che il chirurgo consultato argomentasse un' affezione morbosa dell' uretra, e di fatto gli suggerì l'uso delle candelette, ed egli stesso giornalmente andava ad introdurgliele, e dalle semplici quindi passò all' uso delle medicate che durò molto tempo. Gl' incomodi crescevano, e cresceva la difficoltà della introduzione delle candelette che in principio s' internavano con facilità. L' infiammazione fu la causa della sospensione di esse, e fu tolta questa con purghe saline, con fomenti, e bibite diluenti ordinate da altro chirurgo che l'ammalato chiamò per maggior sollievo. Infatti migliorò, ed il nuovo chirurgo, intesane la storia, pensò di sostituire alle candelette l'uso della siringa di gomma elastica per facilitare, sembra, l' uscita delle orine cui con la stessa difficoltà di prima

emetteva, vale a dire, con gitto sospeso a diverse riprese per gli stimoli che si mantenevano sempre frequenti; allora il chirurgo credendo forse che la siringa rimossa potesse accrescere l' irritazione, pensò di lasciargliela permanente. Ma ben presto dovette toglierla, poichè sopravvenne cistitide e una durezza al perineo, onde fu astretto di tornare a' fomenti, alle bibite diluenti, agli empiastri, infine al metodo controstimolante attivo, e però gli fece qualche generoso salasso. Il risultato di questa infiammazione fu l'aumento del tumore al perineo e la difficoltà di uscita di un muco cruento per l' uretra che era sensibilissima e dolente soprattutto nella fossetta navicolare. Coll' uso dell' empiastro il tumore suppurò, e venuta l' opportunità fu fatto il taglio dal chirurgo coll' intervento di altro professore. Dietro alle materie cruente che uscirono per l'incisione, comparvero le orine, le quali dopo certo tempo irrorarono il cellulare dello scroto, sì che restò distrutto in causa di gangrena che lasciò i testicoli nudi.

In questo stato la febbre era accompagnata da delirio e convulsioni ricorrenti. Chiamato altro Soggetto dell' arte, propose un decotto di china per la località invece della soluzione saturnina che aveva incominciato ad usare il curante; propose pure l' uso della china per bocca, e col regime adattato al caso, l' ammalato migliorò cessando il delirio e le convulsioni, e la febbre pure in totalità, quando la piaga affatto spogliata fu divenuta semplice. Rivestiti i testicoli e guarita la piaga estesa restò la fistola da cui stillavano le orine ed il muco cruento piuttosto alterato.

Dopo più mesi di tanto male, e quando già era tornato all' uso permanente della siringa a cagion della fistola, l' infermo, inquieto anche per natura, si pose nelle mani di un altro chirurgo, il quale giudiziosamente vedendo la proclività ad una infiltrazione nuova pel foro fistoloso angusto, ma profondo, consigliò il malato a sottoporsi all' incisione, e pensò d' ingrandire il seno fistoloso coll' oggetto pure di guarirlo radicalmente, con-

venendo egli pure nell' uso permanente della siringa. L' operazione fu eseguita, e il taglio andava guarendo nella sua parte declive ove era l' apertura fistolosa, e sperava il curante una perfetta guarigione della fistola che poco gemeva, ma restò deluso quando vide a fronte d' ogni suo sforzo che la fistola aveva cambiata la sede nel tratto integumentale, e che era l' apertura più alta, e lateralmente; e siccome gli altri fenomeni morbosi della vescica non erano minorati, ma sempre spasmodici, così egli si disanimò, e cedette la cura ad un suo amico chirurgo che fece pur di tutto colla buona intenzione di migliorare la terribile condizione dell' infermo.

Erano già tre anni compiuti da che l' infelice soffriva più o meno, e sempre cercava l' uomo liberatore. Credette di averlo trovato in un valentissimo il quale seppe diminuire le irritazioni ricorrenti, diradandole coll' uso dei rimedj universali, e qualche tempo l' infermo provò sollievo, tolta affatto anche la siringa; ma sgraziatamente non durò molto la

tregua da' olori: di nuovo comparvero i sintomi pasmodici; il muco pure in gran copia i presentava al collo della vescica, e sco con grandi sforzi passava. Per consigli del medico ebbe a ricorrere alla mno del chirurgo, e questi credè l' usodella siringa indispensabile, sia perchè orine uscissero liberamente dalla siring col muco, sia per le durezze nell' retra, come per la fistola che, divenia la sua apertura strettissima, non ermetteva alle orine il libero scolo, e queste fluivano sì poco che potevano f temere nuova infiltrazione. Introdotta ertanto la siringa dopo lungo tempo che on s' era adoprata, gli dava incomodo; oi a poco a poco l' ammalato la soppртava, ma non si diradavano le irritazion al collo della vescica, nè il dolore al uretra. Da questo chirurgo tutto fu tentato, e la particolare sua assistenza invero gli portava notabili vantaggi, m non mai la guarigione. A questo è vuto l' elogio meritato sia per la diagni, come vedremo, sia perchè fu il prio che cercò di lavare la

vescica, sia per la nettezza mantenuta nelle parti limitrofe alla fistola che sempre mandava un gemitìo puriforme misto a poche gocciole d' orina.

Chiamato io allora, nel gennajo del 1822, *dall' infermo che sempre desiderava di cambiare chirurghi per quella solita ansietà di trovare chi pur guarisse, e dopo aver udita la lunga e penosa storia qui descritta d' una malattia di quattro anni, mi accinsi a fare un accurato esame tanto dello stato generale della infermità, quanto della località. Per quello che concerneva la fisica complessione, era essa lodevole con tanti patimenti il polso era sano. La località era sensibilissima, ed appena impugnai la siringa di gomma elastica che già egli avea permanente, e facendo con essa diversi movimenti, compresi che esisteva un corpo estraneo duro e scabro, e non dubitai punto che non vi fosse un calcolo, poichè l' incominciamento del male lo predicea. Tornai il giorno appresso a rivedere il malato anche per parlare col suo chirurgo, il quale mi disse, che egli*

pure avea supposta l' esistenza d' un calcolo, poichè tutte le volte che cambiava la siringa, tanto nella introduzione, quanto nell' estrazione sentiva un corpo che fregava su dessa, e che alle volte cambiava un poco di sito. Mi disse che il moltissimo muco spesso l' obbligava a togliere la siringa per lavarla o cambiarla, e che nel tempo stesso per l' uretra introduceva un poco d' olio tiepido onde ripulire l' uretra stessa, ed ottundere insieme la sensibilità morbosa. Per fondere il muco proposi una soluzione di carbonato di potassa saturo del gas acido carbonico, siccome l' ottima fra quelle che si possono introdurre nella vescica a diluirne il muco, e a renderla più ampla quando fosse coartata. Infatti era nel caso di cui si parla il muco ammassato in molta quantità, e presto si disciolse, ed uscito nel mezzo della siringa rese, per così dire, il corpo estraneo più scabro e duro sì che irritava maggiormente la vescica. Allora le contrazioni de' testicoli si fecero più frequenti, e l' uretra si ritirava col pene maggior-

mente e dava al malato un vivissimo dolore. Esposta la mia opinione al chirurgo curante sig. Antoniazzi e all' infermo acconsentirono che si tentasse l' operazione: intesi il parere del celebre professore sig. cav. Palletta, ed esso pure ne convenne non ostante l' età del paziente, e lo stato morboso della vescica.

Il giorno 21 di febbraio fu determinato per l' operazione: all' ore dieci del mattino fu posto il soggetto sulla tavola all' uopo preparata, e feci il taglio retto-vescicale, presenti i signori professori Palletta e Billi, ed altri chirurghi riputatissimi, cioè i sigg. dottori Triberti, Dolcini, ed Antoniazzi, il quale restò ad assisterlo nel corso della cura come prima. Facendo il taglio esterno col quale s' interessa l' estremo retto intestino, lo sfintere esterno, ed il perineo col cellulare interposto, mi servii non del bisturi stretto bottonato, come nell' altro caso, ma di uno retto in asta lanciato, lungo di lama, ed un poco più stretto e meno panciuto di quello di Ceseldeno *dal Nannoni modificato, e col medesi-*

mo pure feci l' incisione interna ed interessai la parte membranosa dell' uretra, il collo della vescica, e la prostata nel modo descritto dal Vaccà come si vedrà in appresso. Internato il dito indice della mano sinistra nella cavità della vescica, mi fu facile di sentire il calcolo, ritiratolo un poco e messolo in situazione che servisse di guida alla tanaglia, che fissai insieme col dito sul calcolo, poi toltolo fuori affatto per rivolgere ed aprire la tanaglia stessa afferrai il calcolo con tutta facilità, ma nell' estrarlo s' impiantò lo stromento, ed io non potea tirarlo indietro, nè avanzarlo, nè fare alcun moto, senza che il paziente sentisse grandi spasmi. Di nuovo introdussi il dito indice e compresi che una sostanza morbosa era chiusa nel punto dell' unione delle due branche della tanaglia; mi fu d' uopo gran forza per aprirla, e la tirai fuori lasciando la pietra. Col dito indice quindi sentii bene quel corpo il quale era formato di vasi e di concrezioni miste nella sostanza che faceva un tumore più grosso

di un uovo di colombo, tumore nato e situato nel basso-fondo della vescica due dità trasverse al di là del collo a destra del malato. In quel punto incominciava una concrezione che tappezzava circolarmente quella parte di vescica fino all' orificio. V' internai la tanaglia, e con diversi movimenti di questa più o meno chiusa, e col dito, distaccai la concrezione e sradicai il tumore suindicato.

Non sentiva altri corpi, e dopo due schizzettate di decotto d' orzo e di malva in vescica con canna grossa che portò via copiosi frammenti e pezzi grossi di concrezioni, credetti disfatta la pietra, e finita l' operazione, e tanto più mi confermai in questa opinione in quantochè la prima tanaglia, colla quale feci presa della pietra, ne aveva delle porzioni friabilissime incassate nella sua scabra superficie interna; ma fatta nuova ispezione, trovai ch' esisteva ancora grossa quanto un marrone, e l' estrassi.

Posto il paziente in letto, senz' altro apparecchio che una pezza volante sulla ferita, nel corso della giornata non si

presentò alcun altro fenomeno se non se quello del tremore col quale il malato entrò in letto dopo l' operazione e che cessò in due ore. Dormì quasi tutta la notte, si destò la mattina con un po' di bruciore che soffriva nel passaggio delle orine attraverso il taglio. Passò il secondo giorno egualmente, e lo trovai nelle mie visite ripetute sempre esente da febbre, senza irritazione generale, nè locale, fuori del bruciore il quale via via andava per altro diminuendo. Non fece uso che di limonate per bibita ordinaria a sazietà, e del tartaro stibiato disciolto nell' acqua distillata da pigliare a riprese. Ebbe una notte felicissima come la precedente; a mattina avanzata incominciò a sentire uno stimolo di orinare pel membro e comparvero le orine di fatto a goccia a goccia. Circa le ore dieci nell' entrar del terzo giorno uscì per l' uretra un piccolo grumo di sangue e le orine seguitavano a passare più facilmente ed in maggior copia. Aveva io già ordinato un clistere pel mezzo giorno da applicarsi, me presente,

abbenchè il malato avesse molle il basso-ventre, e non accusasse alcun incomodo, nemmeno la voglia d' evacuare. Tornai all' ora combinata coll' Antoniazzi, e fu grande la sorprèsa nostra trovando il malato spasimante per gli stimoli frequenti di orinare, e per non poter emetter l' orina, poichè in ogni sforzo usciva sangue pel canale dell' uretra la qual era sempre ingorgata di grumi a malgrado dell' avvertenza che si aveva d' estrarli. La causa di questo fenomeno fu l' evacuazione alvina naturale, ma stentata per la durezza e per la mole dell' escremento di figura circolare, il cui asse longitudinale in tutte le sue dimensioni era più di quattro dita trasverse, cosicchè sembrava la testa di un piccolo feto. Gli feci subito applicare il clistere preparato, ed io assistetti, ed assicurai la facile introduzione della cannetta nell' ano facendo valvula e guida col mio dito indice della mano sinistra onde non succedesse il passaggio del liquido in vescica. Prima però fu nettata bene la parte, e tolta fuori con

cucchiaja di specillo una parte di escremento alquanto duro che era metà dentro e metà fuori dell' ano. Dopo pochi momenti per li premiti e il bisogno che continuava d' orinare emesse il lavativo carico d' escrementi, i quali si presentarono all' ano ancor un poco dopo essere stato nettato un' altra volta. Gli sforzi erano minorati, ma gli stimoli d' orinare erano ancora frequenti.

Dopo un' ora d' inquietudine pel malato che sempre conservava il suo carattere impaziente facendo sforzi per orinare, gli si esacerbarono i polsi, e nello stato d' irritazione gli comparvero i sudori. Gli prescrissi allora dell' acqua distillata di tutto cedro con poche gocciole di Laud. liq. del Syd.; prese di questa mistura due cucchiajate, non erano trascorsi cinque minuti che dietro uno sforzo uscì dalla ferita un grumo di sangue, e all' istante si trovò sollevato l' infermo. Da quel momento si calmarono sempre più i polsi e tornarono tranquillamente nello stesso giorno come prima. Le orine non si videro più

uscire per l' uretra, nè egli aveva stimolo per emetterle, ma scolavano tutte per la ferita. Erano passati due giorni e l' ammalato stava benissimo, ma siccome non era più andato di corpo, gli prescrissi un purgante col quale ottenne il benefizio senza sconcerto, e poichè non comparivano più le orine per l' uretra, ma tutte seguitavano a gemere per l' ano, cosicchè erano già scorsi otto giorni dell' operazione e la piaga andava stringendosi, volli fare l' introduzione della siringa di gomma elastica, avuto riguardo alla fistola che aveva origine nel bassofondo della vescica, e alla ristrettezza dell' uretra nel suo principio vicino alla fossa navicolare.

La siringa s' internò con moltissima facilità passato quest' intoppo, e non portò all' infermo incomodo alcuno; da essa si videro passare le orine, ma due giorni filtrarono pure per la ferita abbondantemente, e dopo quell' epoca diminuirono e non più passarono nell' ano, poichè nel quattordicesimo giorno lo sfintere, e l' estremo retto intestino erano perfetta-

mente guariti. Al perineo restava l' apertura, che mantenni estesa fin che non fui sicuro della perfetta chiusura della fistola, la quale, continuando la guarigione, cessava il suo gemizìo ed intanto era tolta la sua prima comunicazione esteriore nella sua medietà un poco laterale dello scroto, aderente ai cordoni spermatici. Era passato un mese, e più volte fu cambiata la siringa: io sempre lo facea stare un buon quarto d' ora senza siringa, e metteva una pezza asciuttissima sotto le natiche per osservare se passava l' orina dalla ferita. Ne usciva alcun poco, ma tutte le volte in minor quantità; quando poi nel quarantesimoquinto giorno restò mezza giornata senza siringa non vidi gocciola alcuna, e per fare più scrupolosa osservazione, ebbi l' avvertenza sempre di mettere la traversa asciuttissima e la pezza doppia riscaldata onde esplorare l' umidità. Sicuro della guarigione della fistola, mi occupai allora nella cicatrizzazione della piaga al perineo: quella in pochi giorni guarì, e in meno di due

mesi di cura l' ammalato partì sano per la campagna.

Dal complesso della presente storia si può chiaramente concludere, I° che l' origine della malattia del Cordes era nella vescica, e non nell' uretra, come pare che credessero i chirurghi fino dal principio, mentre, per mio avviso, l' arresto del getto delle orine, ed il dolore e stimolo frequente di orinare, ecc. erano fenomeni dello sviluppo del calcolo che probabilmente giaceva nel collo della vescica. Anco l' introduzione facile delle candelette nella vescica in principio, senza che l' uretra offrisse alcuno ostacolo e dolore, è prova che l' uretra era intatta, e che quell' affezione era in vescica; II *che le candelette, e quelle medicate specialmente concorsero a eccitare vie maggiormente la parte, onde si sviluppò l' infiammazione della vescica e dell' uretra, lasciando effetti morbosi, come risultò dalla difficoltà dell' introduzione della siringa;* III *che la siringa tenuta permanente produsse lo stesso effetto delle candelette onde rinnovaronsi i sin-*

tomi più forti dell' infiammazione, conseguenza della quale furono il tumore orinario al perineo, il quale suppurò; IV *che fattò il taglio piuttosto esteso, e guarito, lasciò il seno fistoloso, l' apertura del quale all' esteriore essendo assai ristretta non dava campo all' uscita dell' orina liberamente, sicchè si diramò, e filtrando nello scroto lo gangrenò e disciolse. Quindi la febbre fatta acuta portò il delirio ad altri fenomeni morbosi prodotti dalla rieffusione nel sangue di quelle materie putrescenti. E qui mi sia lecito il dire che le metastasi, non ammesse da tutti, e che non si possono secondo me negare, sono frequentissime in conseguenza di gangrene per filtrazioni orinose, i cui principii putrescenti e i sali ammoniacali assorbiti dai linfatici e portati da questi nel sangue tendono a disciorne i globetti ed assottigliarli in modo da renderli capaci di passare dalle porosità dei vasi, come già in due soggetti ho veduto creare lo scorbuto. In uno di essi trasparivano dalla cuticola le macchie nere per tutto il*

corpo ; e dalla bocca gemeva pretto sangue, come dalle orecchie, dagli occhi una separazione sanguinolenta senza che vi fosse lacerazione. L' altro poi orinava sangue, la saliva era sanguinolente, e nelle sostanze escrementizie pure appariva un notabile trasudamento sanguigno che rendeva il corpo sciolto e scorrevole. Questi morì, e la sezione del cadavere mostrò nelle cavità del cervello senza rottura di vasi il trasudamento sanguigno ; così nella cavità del petto una raccolta di linfa sanguinolenta, ecc. Non sarebbe qui luogo di discutere e provare le metastasi co' fatti, ma giacchè l' opportunità ha voluto che ne dessi un cenno, riferirò ancora un caso singolare, e del pari istruttivo per la pratica medica. Ciascuno sa che il latte nelle puerpere si rifonde nel sangue, per quindi passare per trasudamento in quell' organo, o emuntorio, più disposto a separare dal sangue i sieri o parte più sottile del sangue, ed ordinariamente come organo escretore sono i reni, ma qualche volta, anzi spesso, pure attraverso

le porosità dei vasi della cute passano essi sieri lattiginosi formando più o meno la traspirazione che è sensibile, da costituire ciò che dicesi il sudore. Accadde in una puerpera di dieci giorni che le vennero dei dolori al basso-ventre, e per tale oggetto fece chiamare il medico. Essa nel momento che raccontava il suo male, era in copioso sudore, come lo aveva da più giorni anco in grazia delle bibite diluenti di cui faceva uso, appunto per passare, come volgarmente dicono, il latte. Il medico pertanto, temendo dello sviluppo di una colica infiammatoria, pensò d' ordinargli un salasso. Fu fatto poco dopo per una libbra circa. I dolori non si rimossero, e dalla mattina alla sera ne fu fatto un altro d'egual calibro perchè i polsi erano divenuti tesi, duri e più frequenti, ma non febbrili ancora. I dolori crebbero, e molte flatulenze uscirono dalla bocca, e dall' ano nel corso della notte, e queste furono facilitate col mezzo d' una infusione di camomilla ordinatale dalla levatrice per cui migliorò la malata, la

quale incominciò ad accusare molta sete. Giunge il medico, e contento anch' egli pel dolore cessato, si rallegra colla malata incoraggiandola ad un nuovo salasso, col quale avrebbe ottenuta perfetta calma e guarigione. E siccome la puerpera accusa di avere scarse le orine, e d'essere già da tre giorni costipata di ventre, gli ordinò allora per la giornata un'oncia di cremor di tartaro con nitro da pigliare a riprese; e perchè potesse estinguere la sete, fece porre la medicina in una grande bottiglia di acqua. L' oggetto poi del salasso era di richiamare la traspirazione già perduta dopo il primo salasso , per cui arida era divenuta la pelle , e tesi ancor più i polsi, onde raccomandò caldamente di nuovo che si effettuasse entro la mattina. Si mandò a chiamare il chirurgo, e fu così ubbidito il medico. Non passano due ore che alla malata viene un affanno di respiro ed una tosse secca , bruciore alla pelle , inquietudine somma , non può più orinare, nè ancora era andata di corpo, abbenchè avesse esaurita tutta

la soluzione della bottiglia. Si manda a cercare il medico, ed egli, giunto, rincora la malata, facendole conoscere che era spiegata la malattia, e che era l'infiammazione incamminata, quindi bisognava andare innanzi con qualche altro salasso. La febbre è già dichiarata, è inflammatoria, e come si sono vinti i dolori del basso-ventre, così sarà vinta la malattia. Si fa l' altro salasso di 18 *once; l' ammalata è assalita da convulsioni; dopo lungo dibattimento cade in deliquio. Corrono i parenti in traccia del medico curante o di altro qualunque; v' andai io, che non soglio visitare i malati degli altri senza l' intervento del medico, ma trattandosi di caso urgente, per umanità mi mossi, sebbene fosse la sera avanzata. Intesi la storia dalla levatrice, e credetti pel momento indispensabile d' ordinargli un poco di acqua distillata di matricaria con poche gocciole di liquore anodino. Presane una cucchiajata, pochi minuti dopo con un sospiro si rianimò. Me ne tornai a casa, lasciando la malata*

più tranquilla, e promettendole che sarei andato pure la mattina alle otto ore, e però avvertissero il medico, se fosse stato contento di venire a quell'ora. Di fatto egli vi si trovò puntualmente, e mi fece la storia, presso a poco simile a quella (per le circostanze) fatta dalla levatrice. Esaminai l' inferma, unitamente al medico: erano cessate le convulsioni affatto, ed aveva pochissima febbre, polsi deboli, prostrazione di forze, respiro affannoso, alquanto di stupidezza, ed un poco di mal di capo. Il medico, nell' atto che stava io considerando i fenomeni, diede la sua opinione per un altro salasso. Io, quando ebbi fondato il mio giudizio sull' esame di tutte le circostanze, opinai che abbisognava un regime controstimolante sì, ma non tanto attivo, e nel manifestare la mia opinione mi opposi al salasso, tanto più che io capiva uno stravaso al petto, e ne temeva incominciato un simile alla testa, mentre la malata spesso portava la mano destra sul capo nella parte dolente. Esaminai

gli occhi: il destro era il più incantato; essa nelle risposte non connetteva. Considerai altresì e feci conoscere al medico che la pelle abbisognava di buona traspirazione, che le orine, sebbene nella notte fossero state un poco più abbondanti, ciò non di meno era d'uopo accrescerle, ed infine che indispensabile era l'evacuazione per l'alvo, poichè oltre che non era mai andata di corpo nel corso della cura, sotto la pressione della mano il basso-ventre era assai duro e dolente. Soggiunsi che col metodo purgativo blando e colle bibite diluenti si sarebbero ottenuti, oltre le secrezioni ed escrezioni, anco i lochj che restarono affatto sospesi dopo il secondo salasso. È da notarsi un' osservazione che io aveva fatto: trovai le mammelle dure e grosse la sera, e la mattina molli ed impiccolite. Quando manifestai questo fenomeno, confermò la levatrice che era così di fatto da giorni, e che ella vi applicava qualche pezza di pannolino imbevuta di acqua di malva, o le spalmava d'olio di amandorle dolci in una certa ora di sera

in cui la malata si lagnava pel dolore ed era sempre inquieta. Feci dunque riflettere al medico che la febbre doveva essere del tipo delle continue remittenti, e però doveasi allontanare il pensiero del salasso anco per questo carattere febbrile. Proposi l' uso del tartaro stibiato sciolto nell' acqua distillata, da prendersi a cucchiajate, qualche bibita di decotto d' orzo specialmente, tanto grato alla malata. Convenne il medico pienamente nel mio suggerimento e in quello pur del clistere da usarsi opportunamente. Ci congedammo, stabilito il metòdo di cura. Nel corso della giornata rivisita il curante la sua malata, e non avendo trovato che il rimedio avesse ancora eseguita l' intenzione nostra, sembrandogli duro il polso (il che dovea succedere avvicinandosi l' ora della remissione della febbre), credette che per disciogliere la malattia occorresse un salasso generoso, senza di che non sarebbero comparse dejezioni, nè lochj, nè sudori, ecc. Quindi ragionando colla malata, e cogli astanti li persuase a fare

l' altro salasso. Eseguita l' ordinazione del medico, apparve quieta nel momento e per qualche ora, ma colla febbre che avea rimessa più gagliarda, e con qualche sensazione di freddo alle spalle. La rivide ancora a sera e le parve più tranquilla, fuori dei polsi che erano più frequenti e tesi, accompagnati da qualche sussulto di tendini. Le ordinò di prendere le solite medicine prescritte, raccomandando la perfetta dieta, e la lasciò senza inquietudine. Dopo un' ora che il medico l' avea veduta, cominciarono le convulsioni ed un delirio tale che la malata tentava di alzarsi dal letto e facea sforzi così violenti, che non bastavano quattro persone a tenerla. Fui chiamato, e io corsi, e subito la feci raffrenare con legami innocui, vale a dire con un telo di lenzuolo messo ad ansa ne' piedi, uno attraverso al petto, sopra le mammelle, e passato sotto le ascelle, e due fasce da bambini una per braccio non tanto tese onde potesse alzare le braccia, ma non congiungere le mani in-

sieme, nè portarle al viso o ad altra parte del corpo che potesse esser lesa dalle unghie, poichè avea già graffiato alcuni degli astanti. Fatto ciò, intesi l' accaduto, il salasso, ecc., e fui pentito di essere andato ad una cura già rovinata in quella maniera. Ciò non ostante era sacro dovere di soccorrere l' inferma come meglio allor si potesse. Ordinai un vescicante sino a che il medico giungesse; di fatto venne poco dopo: io gli manifestai con la solita franchezza la mia opinione, che lo stravaso fosse già seguìto nel cervello, e osservai che oltre il petto più affannoso mi pareano l' estremità un poco gonfie, ma egli attribuì questo effetto a' legami. Le mammelle erano turgide assai come la sera precedente. Applicato il vescicante alla nuca coll' assenso del medico e prescritte le opportune ordinazioni, partimmo, raccomandando la malata agli astanti. La mattina ci trovammo insieme colà nell' ora concertata. L' inferma era tutta gonfia, e con li soliti fenomeni della sera fuori del convulso, e dei polsi che

sibbene frequenti e tesi, erano meno feb-bricitanti, giacchè conservava la febbre il tipo remittente. Due vescicanti alle cosce furono da me proposti, un clistere, e nitro nell' acqua d' orzo, ma siccome mi sembrava cosa necessarissima che il tubo intestinale si sgravasse delle feccie che erano da parecchi giorni stagnanti, proposi otto grani di gomma gotta da prendersi subito. Ciò fu eseguito e la sera visitai col medico l' inferma. Ella avea emesso dall' alvo molto escremento duro dapprima ed assai nero, che po-scia dal ventre fattosi obbediente usciva molle e piuttosto giallognolo e fetente. Il delirio sussisteva, e così l' affanno con un poco di tosse che ha sempre conser-vato la siccità. La gonfiezza era eguale, le orine incominciavano a mostrarsi meno dense e più copiose, la pelle conservava lo stesso ardore, i polsi eran più fre-quenti, perchè la febbre rimetteva nella sua continuità; erano al solito le mam-melle più turgide della mattina ed un poco dolenti. Furon dunque prescritte le bibite consuete. Nella mattina susse-

guente ritornai insieme col medico: prima d' entrare in camera udimmo che la notte fu più tranquilla riguardo al delirio; che l' inferma aveva avute copiose scariche, le quali erano state conservate: le trovammo biancastre nella superficie; agitate con un bacchetto si videro colorite di giallo: le orine aveano un sedimento biancastro. Entrati in camera, travammo di fatto l' inferma più tranquilla. La gonfiezza era un poco diminuita; così l' affanno, facendosi più lungo il respiro; la pelle era più delicata per l' umettazione di leggiere madore, e la febbre men forte di quella non solo della sera, ma del precedente mattino. I vescicanti avevano agito bene e la separazione era abbondante. Nella coscia sinistra comparve una gonfiezza che il chirurgo flebotomo non avea osservata il giorno innanzi e che assicurò soppraggiunta dopo il vescicante. Furono confermati gli stessi rimedj. La sera fu presso a poco simile alla mattina: la malata avea fatto un considerevole miglioramento, e furono

poco sensibili i fenomeni della remissione febbrile. Le evacuazioni erano state due, abbondantissime, appena colorite, molto sciolte, e con poco odore. Le orine conservavansi sedimentose, bianche e scarse. Gli stessi rimedj. Nella mattina susseguente la malata era assai tranquilla, avea parlato rettamente, e dormito qualche ora nella notte: la gonfiezza visibilmente diminuita: l' affanno quasi scomparso: la pelle umettata di un grato madore che la rendea assai molle, e fresca moderatamente. I polsi meno frequenti e più regolati: le mammelle più flosce delle altre mattine contenevano del latte abbondante. Visitammo i vescicanti: quello della nuca era quasi secco; quello della coscia destra poco aveva separato; di più il sinistro, e nel modo che fu veduta la gonfiezza generale diminuita, si vide aumentato il tumore nella coscia, che era assai disteso oltre la periferia del vescicante. Furono in appresso visitati gli escrementi, e trovati liquidi, bianchi ed affatto senza odore. Ci accorgem-

mo che era una separazione acquosa; ed era quella stessa linfa che riaffusa nel sangue dai linfatici, venne separata poi per gl' intestini i cui villi operavano mirabilmente, ed erano gli emuntori unici, per così dire, per le secrezioni; poichè le orine si conservavano scarse, e sempre sedimentose e bianche. Veduto obbediente il corpo ci limitammo alle bibite di pura acqua d' orzo, della quale prendeva circa due libbre il giorno. Le fu ordinato un brodo panato invece del puro che aveva preso fin allora. La sera come la mattina, ed in conseguenza meglio assai della sera precedente. Gli escrementi eguali, ma forse più biancastri, e al solito abbondanti; scarse le orine. Il tumore cresceva, e le mammelle non più tanto tese, erano indolenti, come sempre indolente si conservò il tumore. Nell' altra mattina fu la malata apiretica affatto; la gonfiezza quasi del tutto scomparsa, liberissimo il respiro, la testa egualmente sana. Le mammelle flosce, ma contenenti il latte: i vescicanti seccati tutti: il tumore assai

grosso e fluttuante. Fu dunque giudicato un deposito di linfa forse simile a quella che si separava in escrementi. Visitati questi, trovammo essere più densi e ci sembravano chilosi. Non avevano mai odore disgustoso, per il che me li feci portare a casa ed in diversi modi analizzati sia coll' aria, sia co' reagenti chimici, furono da me trovati della natura del latte, essendosi essi scomposti spontaneamente all' aria nella temperatura ordinaria, e risoluti essendosi in un coagulo bianco, in una linfa, e in una picciola quantità di materia oleosa: come pure essendosi essi coagulati per l' operazione degli acidi e dell' alcoole, quindi chiaro apparisce essere i sopra nominati escrementi vero e reale latte. Fatto questo esame, mi si accrebbe il desiderio di vedere la materia contenuta nel tumore, e venuto il momento opportuno di terminare e sbandire i fenomeni che costituivano la malattia generale, feci l' incisione, e con sorpresa anche del medico si vide pretta sostanza lattiginosa, che raccolsi, ed

analizzata offerse tutti i sunnotati caratteri del latte.

L' ascesso latteo (o piaga) separava sempre fino a che le glandole mammillari non cessarono di formare il latte, ciò che si ottenne col procurare i lochj, nè ci riuscì difficile. Pochi giorni dopo comparvero le mestruazioni, e compirono l' opera.

La piaga sempre spalmata di latte sembrava intonacata di bianco ed il gemizìo era continuo. Quando vidi che separava meno, e più dense divenivano le separazioni prendendo il carattere di vera marcia, quindi si facea più rubiconda, allora promossi la guarigione. Il corpo ossia il bassoventre si mantenne ancora lubrico dopo che l' inferma fu alzata. Scorso qualche tempo ne fu libera ed andò in campagna: ritornata dopo due mesi, era impinguata e robusta come prima della malattia.

Da questa storia appare senza alcun dubbio che il latte era riaffuso nel sangue dai vasi linfatici, e che esso stesso fu separato dalle porosità dei vasi san-

guigni tanto nella cavità del petto quanto nel sistema generale, e nel cranio, per il che la malata diede segni non equivoci di un' affezione morbosa cerebrale, sia pel senso di peso e dolore nella parte destra del capo, come per le convulsioni ed il delirio, ecc. Ritornata di nuovo essa separazione nel sangue coll' attività dei vasi assorbenti, si dileguò poscia in quella parte dove furono obbligati i vasi del sangue per l' azione o irritazione dei rimedj, cioè della gomma gotta e dei clisteri, a separare e a mandare il latte per l' ano cogli escrementi. Nella coscia poi i vasi sanguigni dalle porosità loro lo separarono fra il cellulare in parte ove non poteva uscire non essendovi alcuna comunicazione coll' esteriore, e s' arrestò formando un ascesso latteo, e fu quivi fatta la raccolta per essere quella parte più predisposta alla separazione in grazia dell' azione del vescicante.

Questo fatto parmi che possa essere classico per la conferma delle metastasi, le quali poi, cred' io, che non si possano spiegare diversamente.

Tornando quindi al Cordes, chi sa che il delirio avvenuto dopo fatta la gangrena non sia stato effetto di metastasi? La marcia della gangrena assorbita e messa in circolazione dai vasi linfatici, fu depositata nel sangue senza aver avuta alcuna modificazione o neutralizzazione di principii dai vasi linfatici stessi e dalle glandole (*) : *potrebbe darsi dunque, per l'esempio del suddetto caso, che nelle cavità del cervello si fosse depositata linfa contenente i principii putrescenti, la quale fu poi riaffusa nel sangue e neutralizzata, siccome sembra dalla guarigione, col mezzo della china, la quale certamente riordina i globetti del sangue disciolti, come da tutti si può vedere nell' affezione scorbutica* (**).

(*) V. *in proposito il mio Elogio di Mascagni e Nota Addiz. articolo dell' inflammazione, ecc.*

(**) *Ed è perciò che i pratici sommi ordinano gli acidi e subacidi agli scorbutici, ecc. ad oggetto di rinforzare le gengive, secondo loro, ed io credo per addensare la linfa, non che riordinare i globetti del sangue disciolti, ed il rimedio per noi più certo è la china.*

Passando poi alle considerazioni sui fenomeni apparsi nell' atto dell' operazione e nella cura in sequela del taglio retto-vescicale, ci confermeremo nella opinione, 1.° che l' esistenza del calcolo o lo sviluppo di esso era quello che produceva i sintomi suddetti, non già le affezioni morbose dell' uretra che solo per consenso dovea risentirsene anch' essa; 2.° che il fungo era quello che produceva i grandi spasimi, e che questo ebbe origine da piaga nata in conseguenza dell' infiammazione fatta dai corpi estranei introdotti in vescica, e pare che il tumore formato di vasi e concrezioni incominciasse da una bavosità o escrescenza vascolare esistente nel basso fondo della vescica colà dove esisteva il foro fistoloso comunicante allo scroto, e che da quel foro uscissero orine e muco sanguinolento. E pare altresì che l' aumento di questo tumore fosse a scapito del calcolo che restò della grandezza di un marrone poco più, perchè le concrezioni calcaree formate da arene a strati, come è noto, aumentavano il

tumore, e i vasi, a mano a mano che si estendevano, concatenavano e racchiudevano le concrezioni; 3.° che l' escremento poi fatto duro e grosso a proporzione che si avanzava per uscire dall' ano, alzava e comprimeva il basso fondo della vescica, e però passarono le orine sì presto dall' uretra, e così, portando attrito sul collo della vescica, l' escremento nell' avanzarsi fece rompere alcun vaso di que' già incisi, d' onde venne quel segno di lacerazione de' vasi che fu il piccolo grumo; 4.° che poi uscito il globo precipitosamente lacerò vie più que' vasi che poi in ogni sforzo davano sangue, e questo sforzo era figlio di quel grumo fatto in vescica che portava stimolo d' orinare.

Il sin qui esposto conferma che pel taglio retto-vescicale gli escrementi non entrano in vescica, nè portano alterazione alla piaga, nè sconcerto alcuno all' apparato ejaculatorio. Che anzi senza il taglio retto-vescicale il malato non sarebbe guarito della fistola, nè si sarebbe demolito un tumore di quella natura,

sia per la situazione in cui lo strumento non avrebbe potuto agire nel modo come io feci, sia perchè forse sarebbe sussistito in grazia della sua sede laterale opposta all' incisione in ampia vescica, a cui non sarebbe giunto il dito indice per altra strada fatta col taglio laterale specialmente.

Il processo verbale qui unito serve di conferma alle considerazioni già fatte sui fenomeni, e sui vantaggi utilissimi del taglio retto-vescicale.

PROCESSO VERBALE.

Cristoforo Cordes nel giorno 21 febbrajo del 1822, fu operato dal dott. Tommaso Farnese col metodo del taglio retto-vescicale per l' estrazione della pietra in vescica. Questo soggetto nell' età di 71 anni malato nuovamente di calcoli, fu preso da tal malinconia, che s' ammazzò nel letto con un colpo di pistola la mattina del giorno 9 del mese di marzo 1823. Nel giorno 11 di detto mese alle ore 11 e mezzo circa antime-

ridiane, nel Campo Santo di S. Gregorio, fuori di Porta Orientale, il chirurgo fiscale adempiè la sua incombenza di verificazione dello stato del cervello, e delle ossa del cranio fracassate dal colpo di pistola. Presenti molti spettatori, furono di poi sottoposte da noi infrascritti ad un accurato esame le vie orinarie, e le parti della generazione, onde riconoscere in esse ciò che era succeduto dopo la guarigione del soggetto che subì l' operazione del taglio retto-vescicale. Il dott. Pietro Mazzola fu quegli ch' eseguì diligentemente la sezione. Incidendo gl' integumenti col formare un quadrato parallelogrammo coll' intaccare la regione ipogastrica, le inguinali, le faccie anteriore ed interna delle coscie, le natiche, e la regione dell' osso sacro, e quindi a mano a mano distaccando colla guida della prima incisione, i muscoli e le altre parti molli dalle ossa, si fece strada dall' esteriore nella cavità del bacino (dopo divisa la sinfisi del pube) ove disgiunse dal cellulare e dal peritoneo la vescica, e le altre

parti delle vie orinarie, che con i genitali, e l' intestino retto fu da lui esportato tutto in un pezzo solo. Questo così esaminato non offrì altro fenomeno se non che nella medietà dello scroto alla sommità de' testicoli gl' integumenti erano raggrinzati ed aderenti mostrando una cicatrice di piaga guarita. Messo il pezzo stesso nella opportuna posizione, il Mazzola incise la vescica orinaria incominciando dal fondo, e seguitando lungo la faccia anteriore a poco a poco fino al collo. Era piena d' orina quasi lattiginosa, emessa la quale si presentò un calcolo tondo schiacciato, friabilissimo, di sei linee circa di larghezza, e due di grossezza, la cui sede era nel collo della vescica a sinistra vicino all' apertura dell' uretra. Esaminata quindi la vescica dopo che furono tagliati gli integumenti del pene, e disgiunti i così detti corpi cavernosi, e messa pertanto l' uretra a nudo, nella faccia corrispondente all' incisione fatta della vescica riprese a tagliare il resto del collo e l' uretra in tutta la sua estensione.

La vescica era ingrossata, e la di lei capacità ristretta alquanto; in causa di questo stato gli ureteri sembravano dilatati, ma erano perfettamente sani come pure i reni. I vasi venosi erano dilatati e specialmente quelli circolarmente al collo della vescica medesima. Due dita trasverse al di là del collo suddetto verso il basso fondo alla destra esisteva un avallamento, e diversi segni, che indicavano la sede di piaga già guarita. L' uretra vicino alla fossa navicolare era ingrossata ed ivi si scorgeva una produzione vascolare fungosa affettando la figura e grandezza di un piccolo fagiuolo: inoltre una ragadi nella parte superiore e laterale dell' uretra membranacea, la quale s' internava quasi due linee, senza avere alcuna comunicazione, era l' altra morbosità che l' uretra offriva. Una linea longitudinale che sembrava un filamento tendinoso alla destra vicino alla base del veru montanum *era il segno dell' incisione occorsa per l' operazione. Il resto era tutto in perfetto stato naturale, tanto*

i seni mucosi, come il veru montanum *intatto, la prostata e così le aperture dei condotti ejaculatori, i quali davano l' uscita all' umore colla pressione; ma non dimeno volendo noi assicurarci della comunicazione dei punti e condotti ejaculatori colle vescichette seminali furono esaminati con adattato specillo e quindi aperti in tutto il loro corso dal detto Mazzola fino alle vescichette seminali, le quali pure furono attentamente osservate e riconosciute sane. Il condotto deferente in ambe le parti ed i testicoli non presentavano alcuna particolarità notabile, e lo stato loro era conforme all' età del soggetto. L' intestino retto fu preso finalmente in esame cogli sfinteri, e si ritrovò egualmente sano.*

Questo è il risultamento dell' analisi da noi fatta nel frammento patologico.

In fede

Pietro Mazzola.
Giuseppe Canella.
Tommaso Farnese.

(C)

Estratto di Lettera che ci ha diretta il sig. profess. *Gaetano Prato* chirurgo primario dello Spedale di Chiavari.

. . . Lorenzo Badarocco abitante nella Parrocchia S. Giacomo di Ropinaro di Chiavari, nella riviera di Levante, dell'età di tredici anni, di temperamento gracile, attaccato da somma cachessia, la quale ebbe origine dalla presenza della pietra in vescica già da otto anni scoperta, e più crebbe simile malore in grazia del vajolo confluente sofferto di fresco per cui è ancora convalescente.

Questo ragazzo pertanto che nell' età di quattro anni avea dati segni non equivoci di calcolo, fu da me visitato in quest' epoca e riscontrai di fatto la sua esistenza. Ogni tentativo da me usato fu inutile per rimuoverlo col mezzo de' fondenti, ciò che ottenni soltanto coll' operazione che feci nel mese di settembre 1822 allorchè si presentò in que-

sto spedale. Ma prima d'accingermi all'esecuzione volli scegliere e determinare un metodo; e siccome sentiva che tante utilità e vantaggi riportato aveano i primari operatori d'Italia col taglio retto-vescicale, lo volli provare ancor io, persuaso di ottenere un buon effetto.

Era presente il chiarissimo sig. dott. Giovanni Baratta famoso oculista di Milano, il quale m'animò a porlo in esecuzione, essendo stato presente ad altri tagli di siffatta natura eseguiti dal esimio sig. profess. Guidetti di Genova, e da varii altri, fra i quali specialmente il sig. Botteggi, uno de'riputatissimi chirurghi operatori di questa città. Incisi di fatto lo sfintere esterno dell'ano con l'ultima parte dell'intestino retto come viene insegnato dal celebre profess. sig. cav. Vaccà, e portato il taglio in alto, lungo il rafè, nel perineo, interessando il cellulare sottoposto, mi fu facile riscontrare l'uretra membranosa col dito indice della mano sinistra, e la prostata scoperta. Allora intaccai l'uretra membranosa che divisi, e quindi a tutta so-

stanza tagliai la prostata ed il collo della vescica; interessando un poco il basso fondo, introdussi la tanaglia colla guida del dito e portai fuori la pietra con somma facilità, ciò che avrei potuto fare col semplice dito.

Posto in letto l' operato, passò due giorni benissimo, ma incominciò la febbre in tal tempo, e la supposi suppurativa, giacchè non vi erano cause che potessero portare sconcerto al malato. Nel quarto giorno la febbre che era già diminuita notabilmente si aumentò con dolori al basso-ventre, e però gli feci un salasso allora, e un altro il giorno dopo, il primo di sette once, di cinque il secondo.

Non mancai di ordinare le fomentazioni al basso-ventre, e furono eseguite contemporaneamente a qualche clistere, che credetti opportuno per la tensione del basso-ventre, la quale fu col dolore di poca durata; feci uso poi di un cataplasma emolliente per qualche giorno. La febbre diminuì a poco a poco, e nel dodicesimo giorno era affatto scomparsa.

Le sostanze fecali, fuori di quei giorni de' clisteri che erano liquide affatto, furono molli sempre, e divennero in appresso figurate. Giammai non s' internarono in vescica, la quale poi per la sua ferita mandava delle orine. Volli per una prova che si alzasse il mio malato in convalescenza, e fu nel diciottesimo giorno, e ciò perchè le orine sebbene avevano il corso pel canale naturale, però seguitavano a passare per la ferita in piccola porzione.

L' infermo andava ristabilendosi in forze sempre più; e un mese dopo l' operazione partì dallo spedale con piccola piaga all' ano da cui uscivano ancora poche gocciole d' orina. Le quali poi del tutto cessarono a capo a dieci o dodici giorni, e tutte poi proseguirono per la via naturale.

Il giovanetto operato moltissima forza ha acquistato, ed il vigore come un altro dell' egual età che non abbia subìta simile operazione. Ciò che prova che la sua gracilità e la cachessia specialmente era dovuta all'irritazione della pietra che,

per vero dire, aveva già resa morbosa la vescica.

La figura di questo corpo estraneo era ovale, e grosso più di una noce; il suo peso era di un' oncia e mezzo e due denari.

Questi cenni vi dirigo perchè possiate giovarvene all' occasione, ed esser certo che io da questo metodo traggo conseguenze a suo favore, e credo che non ve ne sia altro fin qui conosciuto che l' uguagli nell' utilità e sicurezza del buon esito.

(D)

Lettera del sig. profess. *Guidetti* clinico-chirurgo nello Spedale di Genova, al sig. N. N. (*).

Genova 13 *maggio* 1823.

Sono due le operazioni da me ultimamente eseguite della cisto-litotomia col metodo retto-vescicale, l' una in un ragazzo di circa cinque anni, e l' altra in un uomo quinquagenario; corre il decimo giorno, e le cose vanno a meraviglia, ed uno di questi giorni sarà col medesimo metodo operato altro individuo più che sessagenario.

Sette altre operazioni da me istituite, mi hanno reso tranquillo nella scelta di questo metodo, quantunque due degli

---

(*) *Ho creduto di pubblicare la presente lettera tal quale è, mentre sarebbe stato a me disdicevole il giovarmi delle sue osservazioni in astratto, senza allegarne la genuina relazione, e far palese la maestria di quel professore.*

operati siano morti per marcate complicanze sviluppatesi nel corso della cura, essendo perito uno di marasmo dopo cinque mesi, l' altro di malattia di petto in pochi giorni.

In tutti i sopra descritti operati, la di cui istoria penso di pubblicare in un giornale, ho trovato il metodo facilissimo nella sua esecuzione, e superiore al laterale, e ad altri praticati; c' è prontezza a penetrare in vescica, il calcolo sempre è prossimo alla fatta ferita, mediocre dolore agli ammalati, e poco versamento di sangue, nè in loro mai è sopraggiunto alcuno di que' mali che si obbiettano a questa maniera d' operare, come fistola, passaggio delle materie stercoracee in vescica, ecc. Devesi però notare che ho avuta la precauzione di estendere in tutti i casi l' incisione interna al collo della vescica, ed a tutta sostanza della prostata. È cosa poi di fatto per osservazioni reiterate sul cadavere che col predetto metodo può restare inciso il condotto ejaculatorio sinistro, su di che sarà parlato nella pub-

blicazione delle istorie suddette, non persuadendomi, che da questa lesione possa soffrire danno il condotto ejaculatore destro, come si opina, e venirne altra perniciosa conseguenza.

Potrà far presente al sig. dott. Farnese questa mia lettera di cui potrà servirsi per provare con altri esempi il suo assunto . . . .

(E)

Era già terminata la stampa di quest' opuscolo quando mi è venuto alle mani il *Journal Complémentaire du Dictionnaire des Sciences Médicales, tom. XV, marzo* 1823, nel quale è registrata una lettera del sig. dott. *Sanson* che tratta del taglio retto-vescicale, in occasione che il sig. *Riberi* di Torino stampò una lettera del sig. *Torti*, contenente la relazione di alcuni risultamenti di quel metodo osservati in Parigi. Poichè il sig. *Sanson* smentisce gran parte di quelle asserzioni, che tendevano a screditare la pratica del taglio retto-vescicale, e poichè quel ragguaglio del sig. *Riberi* è stato citato dal profess. *Scarpa*, a sostegno della sua opinione, alla p. 55, not. 1 del *Saggio di Osservazioni, ecc.*, credo utile al mio proposito il pubblicare per ultimo questo documento, atto a rischiarare sempre più la materia. Eccolo in originale:

Au Rédacteur général.

Monsieur,

La taille qu'on a nommée recto-vésicale, a subi le sort de beaucup d'idées nouvelles; elle a été accueillie favorablement, même adoptée par un assez grand nombre de praticiens, et attaquée par d'autres, dont heureusement le nombre est peu considérable.

Je sais tout ce qu'une discussion peut avoir d'avantageux pour les interêts de la vérité, et je ne me plaindrais pas de ce que mes opinions ont été trouvées dignes d'être réfutées; mais, pour qu'une pareille lutte soit véritablement profitable, il est nécessaire qu'elle soit sage et moderée, et surtout que jamais on n'y emploie de ces argumens *qui, par eux-mêmes, et indépendamment de l'objet principal, exigent une prompte réplique.*

C'est cependant ce qu'a fait, sans doute fort innocemment, M. Riberi, et c'est ce qui me conduit à vous prier d'insé-

ver cette lettre. Dans un mémoire qui a pour but d'attaquer la taille recto-vésicale, *M. Riberi a imprimé textuellement une lettre qui lui a été écrite*, *en français*, *de Paris*, *par un M. Tortis*, *et dans laquelle ce jeune docteur*, d'une très-grande espérance, *fait* connaître *les résultats des essais fait dans cette ville*, *de la taille recto-vésicale. Voici*, *d'après M. Tortis*, *quels sont ces résultats.*

Vers le mois de décembre 1821, *un jeune homme*, *d'environ quatorze ans*, *fut taillé à l'Hôtel-Dieu*, *par la méthode recto-vésicale. On retira*, *par l'opération*, *qui fut une des plus courtes et des plus faciles que M. Tortis ait vues*, *un calcul du volume d'un œuf de moyenne qualité*, *mais plus long. Pendant les trois ou quatre premiers jours*, *le malade alla bien*, *et déjà*, *a cette époque*, *le professeur semblait assuré du bon succès de l'opération*, *lorsqu'il survint une diarrhée*, *qui le fit périr au milieu des plus horribles souffrances*, *vers le quarantième jour*, *à peu près. L'autopsie fit découvrir*, entre autres désor-

dres, *une infiltration de pus dans le tissu cellulaire du bassin.*

Un autre malade, opéré en ville, avant celui-ci, était mort, à ce que croit M. Tortis, au bout de sept à huit jours. " M. Dupuytren, déchu de ses espérances, et désirant toujours transplanter en France un procédé qui, né à Paris même, avait fait tant de bruit en Italie, se détermina à attendre la belle saison pour renouveler ses essais. ,,

Vers le mois de mars, il tailla un enfant, et quand M. Tortis, qui n'en fut informé qu'au bout de quelques jours, vint pour le voir, cet enfant était déjà mort.

Un mois après, un vieillard de soixante ans, bien constitué, subit la même opération, et mourut, au bout de trois jours, d'une horrible péritonite, que des centaines de sangsues ne purent arrêter. Ces expériences ont fait renoncer, peut-être à jamais, M. Dupuytren et beaucoup de ses élèves, à l'idée de tenter cette opération, comme un jour il l'a dit à sa clinique; un autre jour, ayant été interpellé s'il voulait tenter

encore l'opération recto-vésicale, il secona la tête pour toute réponse.

Enfin, voici comment M. Tortis termine sa lettre :

*" Le docteur Sanson, qui jusqu'ici
" avait été simple spectateur, et qui a-
" vait assisté M. Dupuytren, voyant
" qu'il s'etait* lassé, *voulut aussi tenter
" quelques opérations de ce genre : pour
" cela, il opéra dans le mois d'avril
" un enfant de quatre ou cinq ans qui
" mourut, après peu de jours, d'enté-
" rite et de péritonite. A la fin du mê-
" me mois, il opéra un autre enfant
" un peu plus âgé qui, à la moitié de
" mai, époque de mon départ de la
" capitale, était encore à l'école de
" perfectionnement, languissant et près
" du tombeau, et si près, que M. San-
" son n'allait plus le voir, de peur de le
" trouver mort. ,,*

Ma réponse sera courte.

Il est vrai *que, dans le mois de décembre, un enfant a subi, à l'Hôtel-Dieu, l'opération de la taille recto-vésicale, et qu'il est mort.*

Il est faux que l'opération ait été courte et facile; il est faux que le malade soit mort des suites d'une diarrhée.

L'enfant avait treize ans seulement: sa pierre avait été jugée d'un volume énorme. Il la portait depuis cinq ans. La juste appréhension de le laisser exposé à une fistule, dut faire que l'opérateur s'arrêtât aussitôt qu'il crut avoir donné à l'incision une étendue proportionnée au volume préjugé de la pierre, tandis que la crainte d'augmenter ce volume, déjà trop considérable, dut lui faire choisir une tenette des plus petites. La plaie se trouva trop étroite, et le calcul n'ayant pu être saisi que par une de ses extrêmités, il échappa à plusieurs reprises au moment où l'on croyait qu'il allait franchir le col de la vessie incisé. On fut obligé d'agrandir l'ouverture, au risque d'une fistule, et de prendre des tenettes plus fortes; alors, en effet, ce corps étranger sortit avec facilité, quoiqu'il eût deux pouces quatre lignes de longueur, un pouce huit lignes dans sa plus grande epaisseur, et que l'enfant

n'eût que treize ans. L'opération fut donc longue et pénible, et les suites en furent telles, que le malade fut saigné deux fois dans les premières vingt-quatre heures, et que trois applications de vingt sangsues chacune, furent faites dans les cinq jours qui suivirent le premier, sans oublier la diète, les bains et les cataplasmes émolliens, etc.

Cependant un abcès énorme se forma et s'ouvrit dans la plaie le onzième jour, et le malade périt le trente-sixième, quelques jours seulement après que le dévoiement se fut manifesté. A l'ouverture du corps, on trouva un vaste abcès communiquant avec la plaie de l'opération, qui séparait le rectum du bas-fond de vessie, qui avait détruit le tissu cellulaire du côté droit du bassin et de la région sacrée, et qui s'étendait jusqu'à la région iliaque et à l'hypocondre droit.

On ne trouva rien dans les autres régions du corps, et l'examen le plus attentif ne put faire decouvrir aucune trace de rougeur sur la membrane muqueuse du canal intestinal. Je ne pré-

tends pas dire que cette membrane n'ait pas été enflammée pendant la vie; la diarrhée, accompagnée de fièvre qui survint, serait une preuve du contraire; mais je veus seulement prouver que son inflammation était si récente ou si légère, que les traces en avaient disparu après la mort; et ce n'est pas sans quelque raison que j'insiste sur ce point, l'inconvénient de produire, par suite du passage de l'urine dans la cavité de l'intestin rectum, une diarrhée fâcheuse, étant un de ceux qu'on reproche à la taille recto-vésicale, dans le mémoire dont il s'agit.

Mais poursuivons.

Il est vrai *qu'un autre malade avait été opéré en ville quelques jours avant celui-ci; l'opération avait été faite, non pas par M. Dupuytren, mais par moi.*

Il est faux *que ce malade ait succombé; il est encore vivant, et ne paraît pas disposé à mourir pour appuyer les assertions de M. Tortis.*

Il est faux *que M. Dupuytren ait opéré, au mois de mars, un second malade, par la taille recto-vesicale.*

Il est faux, *qu'un mois après ce second, il en ait opéré un troisième.*

Depuis le malade qui fut le sujet de la première observation, M. Dupuytren n'a plus pratiqué la taille recto-vésicale, ni à l'Hôtel-Dieu, ni en ville. Depuis cette époque, ce célèbre professeur n'a plus employé que l'appareil latéral.

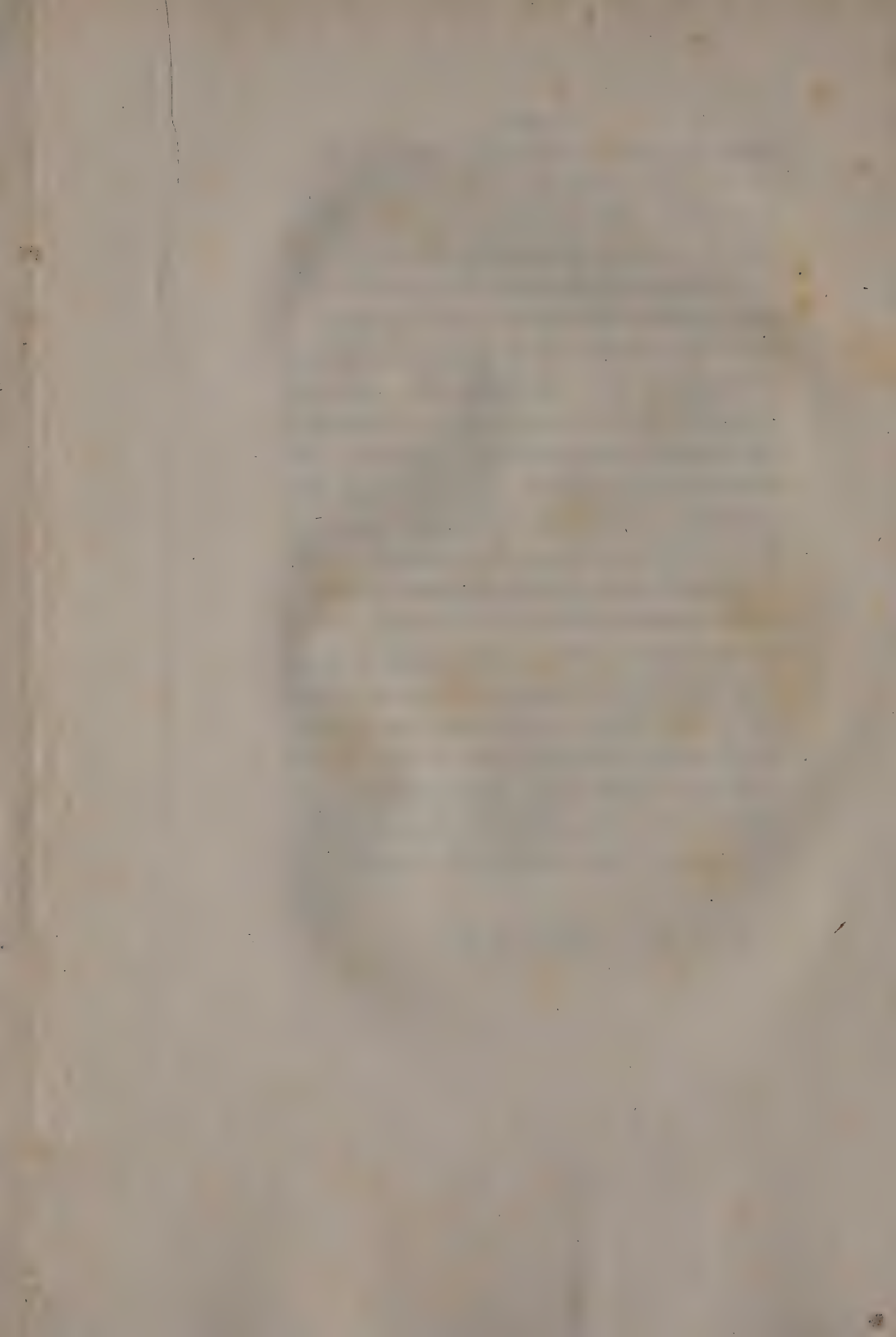
Il est faux *cependant (et je tiens ceci de M. Dupuytren même) qu'il ait dit à sa clinique, ou ailleurs, qu'il ne voulait pas essayer la méthode dont il s'agit.*

Il est faux *que, voyant que M. Dupuytren s'était lassé, j'aie voulu tenter quelques essais. Je n'ai jamais opéré qu'un seul malade, qui est celui dont M. Dupuytren avait parlé à sa clinique, comme ayant été opéré en ville. Ce malade n'est point mort, comme je l'ai déjà dit; et, comme je l'ai dit encore, son opération a précédé de quelques jours celle du premier malade dont parle M. Tortis, lequel a été opéré à l'Hôtel-Dieu.*

Il est faux, *par conséquent, que j'aie opéré au mois d'avril un enfant qui mourut.*

Il est faux *qu'après la mort de celui-ci, j'en aie opéré un autre que, à l'époque de son départ, M. Tortis ait laissé si près de mourir, que je n'allais plus le voir, de peur de le trouver mort.*

Quant à cette dernière assertion, outre qu'elle est empreinte du même cachet que le reste, elle renferme une insinuation à laquelle je crois pouvoir me dispenser de répondre. Les chirurgiens français ont fait leurs preuves. Incapables de déserter le poste honorable que leurs fonctions leur assignent; ils sauront encore, s'il le faut, sacrifier tout à leur devoir; et si M. Tortis n'a pas été à même de les juger complètement sous ce rapport, au moins aura-t-il pu apprendre d'eux que, quand on raconte ce dout on a été témoin, on ne doit jamais le faire d'une manière telle que, pour obtenir quelque confiance par la suite, on soit obligé de changer de nom, ou de ne plus signer.

L.-J. Sanson, *D. C. P.*

ESAME

DELLA LETTERA

DEL CHIARISSIMO CAV. SCARPA

AL PROFESSORE MAUNOIR.

Fra noi i fautori (1) di questo metodo sono pochissimi è vero, ma non può dirsi così di tutta Italia che ormai con gran successo in ogni angolo il taglio laterale si eseguisce; ed anco qui se vi fossero casi, al certo moltissimi lo seguirebbero, giacchè moltissimi vi si sono esercitati in questi ultimi tempi.

Dell' utilità e convenienze di questa operazione si vedrà in appresso.

---

(1) *Lettera suddetta.* « Quanto ai fautori, vi rispondo, « che fra di noi essi sono pochissimi. E per riguardo alla « convenienza ed utilità di quest' operazione, vi dirò inge- « nuamente come la penso, o piuttosto vi esporrò quali « sieno le dubbiezze che mi ritengono dal praticarla di pre- « ferenza al taglio *laterale.* »

Sulla inutilità del taglio ipogastrico convengo col cav. *Scarpa*, e lo credo ancor io funesto per le ragioni che dirò più avanti. Ma non così può dirsi del taglio retto-vescicale, il quale è utile anche nei casi di stato patologico della vescica per la presenza del calcolo come lo stesso professore *Vaccà* dice, e oltre le ragioni di questo pratico vi è l' esempio recentissimo del sig. Bernardoni, il quale da circa venti anni che soffriva degli incomodi che furono fin qui giudicati affezioni emorroidali, per cui spesso era infermiccio e soffrì malattie d' irritazione che quindi furono riconosciute in conseguenza di un calcolo che fu estratto col taglio retto-vescicale. Era quello grossissimo, e però doveva sicuramente avere cagionato morbosità alla vescica. Il mio caso, cioè l' infermità del Cordes, il quale da gran tempo era malato, e di quasi quattro anni infermo in letto per una fistola vescico-scrotale, per cui aveva la siringa permanente, e malgrado di questa gli stravasi orinosi per la fistola distrussero

lo scroto, aggiungendovi poi il fungo oltre la pietra ed altre concrezioni, che furono da me estratte col taglio retto-vescicale, e non ostante quello stato patologico egli guarì.

L' esito infelice dunque dipende dalla cattiva esecuzione del metodo, e non dallo *stato morboso delle tonache della vescica*, sempre che lo stato morboso non sia grave all' estremo grado, vale a dire, quando vi siano fenomeni di tisichezza; se i due succitati infermi fossero stati operati con tutt' altro metodo sarebbero restati morti pel metodo, e non per la morbosità della vescica, poichè sono vissuti a malgrado delle tante complicazioni del mio, e della voluminosa pietra che fu estratta al Bernardoni, che certamente in altro modo non sarebbe uscita, meno il taglio ipogastro. Ma il rimedio del cav. *Scarpa* sarebbe stato di lasciarlo in vescica, e allora sarebbe accaduta la morte.

Intanto il dotto Antagonista conviene che fra i due metodi cioè di tagliare

il basso-fondo della vescica, e l' ipogastrico, sia il primo *meno pericoloso nell' offendere parti nobili* (1) *che si eseguisce con più speditezza estraendo un grossissimo calcolo*, ecc., e colla sua nota poi i detti vantaggi li considera *illusorii* (2). Per dire illusorii questi vantaggi bisognerebbe che il caso del Barbantini fosse andato male, ma guarì, se non vuol considerare il caso del Triberti, che sarebbe guarito se non fosse sopraggiunta la febbre acuta dopo due mesi all' infermo, il quale tutto al più sarebbe restato colla fistola retto-vescicale, come il Bernardoni, il quale nondimeno vive e passeggia. Non so fra noi quali siano i tre individui (3) operati con tal metodo, mentre i tre a

---

(1) Più abbasso poi preferisce l'ipogastrico, come vedremo.

(2) « Un più maturo esame dimostrò, che codesti due « vantaggi, in occasione di pietra assai grossa da estrarsi, « sono illusorj. »

(3) « Di tre individui, a mia notizia, stati operati in « questa guisa per assai grosso calcolo, due ne morirono « prestamente per gangrena di vescica, ed il terzo trascinò « per qualche tempo una vita miserabile rendendo orine « fecciose e fecce orinose. »

me noti in Milano non furono operati che col taglio retto-vescicale; quello del Triberti che morì come su dissi per febbre acuta dopo due mesi; il mio che fatta dopo (in Milano) l'operazione del taglio retto-vescicale guarì perfettamente; ed il Bernardoni. Se il cav. *Scarpa* vuol parlare di questo che *trascinò una vita miserabile rendendo orine fecciose e feccie orinose*, senza il taglio retto-vescicale sarebbe morto. Uno dunque è morto e non due, e quest' ultimo, supposto che voglia intendere del Bernardoni, sarebbe stato esente da tali fenomeni, se direttamente il taglio non fosse stato portato al basso-fondo della vescica, ma al collo della vescica per la via dell'uretra.

La proposizione poi dell' Antagonista mi pare troppo assoluta e decisiva (1).

---

(1) « Ammaestrati da queste sciagure alcuni chirurghi « Italiani, e non per tanto decisi partigiani del nuovo me- « todo, si adoprarono con zelo, d' altronde lodevole, per « evitarle, ed avendo essi riconosciuto, che per estrarre « un calcolo di mediocre grossezza, e quale si potrebbe « comodamente edurre per la via del perineo, non era

Il calcolar vantaggi d' un metodo colle viste anatomiche, dopo un' estesa pratica acquistata coll' uso degli altri metodi eseguiti su viventi e sui cadaveri nell' arcispedale di S. Maria Nuova di Firenze sotto l' insigne operatore mio maestro *Lorenzo Nannoni*, e il bravo sig. professore *Giuntini*, attual primo operatore nell' arcispedale suddetto; ammaestrato da quelli, poteva io giudicare sulla scelta di uno dei due modi proposti da *Sanson*, allorchè mi accinsi ad eseguire il taglio retto-vescicale nel 1819; e fra i due mi proposi appunto

---

« punto necessario d' aprire il basso fondo della vescica, « si appigliarono all' altra maniera di operare proposta da « *Sanson*, quella cioè d' incidere dal basso in alto l' esterno « sfintere dell' ano, indi di fendere verticalmente dall' alto « in basso l' uretra membranosa e la prostata, discendendo « col tagliente ad incontrare la ferita fatta sull' esterno « sfintere dell' ano. Effettivamente ottennero essi da ciò « quanto si proponevano, cioè che le fecce non entrassero « in vescica dopo estratta la pietra.

« Cotesto processo operativo fu senza dubbio di molta « importanza per loro divisamento, non però tale, a parer « mio, per cui il taglio retto-vescicale meriti, come essi « pretendono, la preferenza sul taglio laterale, qualunque « volta la pietra possa essere estratta per la via del pe- « rineo. »

ed eseguii quello che era più immune da sconcerti, tagliando cioè lo sfintere esterno, e per la via dell' uretra membranacea entrando in vescica col fendere la prostata, ed il collo della medesima, senza essere stato *ammaestrato da sciagure* come vuole il cav. *Scarpa*, intrapresi quel metodo e vi feci qualche modificazione come già dissi nella storia che comunicai all' I. R. Istituto (Discorso preliminare A, pag. 19).

Questo modo di operare è sicuramente il migliore di tutti gli altri, non escluso il taglio laterale (volendolo distinguere come vuole il profess. *Scarpa* dal *grande apparecchio lateralizzato*); abbenchè la pietra possa essere estratta per la via del perineo con questo taglio, pure, non vi ha dubbio, esso ha molti inconvenienti a preferenza del taglio retto-vescicale. Primieramente la probabilità della lesione dell' arteria pudenda che è difficile non porti sicura morte all' infermo per l' emorragia; e la incisione fatta, l'interna particolarmente, che non si può prolungare se non con

discapito della vita del malato; oltre la facilità di tagliare l'arteria che coll'incisione prima si era scansata, vi è quella della sicura infiltrazione orinosa. Queste furono le prime idee che mi si affacciarono dietro fatti, e per così dire disgrazie succedute a valenti maestri che hanno operato col taglio laterale; e questi sono inconvenienti reali, che non meritano il confronto con quelli di niun effetto che tanto spaventano il nostro Antagonista, cioè il taglio di uno dei condotti ejaculatori, e la piaga, che risulta dal taglio retto-vescicale, che si lorda delle materie fecali (1).

Se egli *non sa dire con assoluta precisione quali siano le conseguenze del troncamento del condotto seminale comune* (2), oserò dirlo io, *di radical-*

---

(1) « La sezione verticale dell' uretra membranosa e della « prostata, non può eseguirsi senza il troncamento del *con-* « *dotto seminale sinistro*, talvolta il *destro*, *comune* al vaso « defferente, ed alla vescichetta dello stesso lato. In se- « condo luogo, ... la piaga che ne risulta non va e- « sente dal trovarsi a contatto colle materie fecciose. »

(2) « Non saprei dirvi con assoluta precisione quali e « quante possano essere le spiacevoli conseguenze del tron-

mente guarire e tornare nel primiero stato a compiere le sue funzioni (V. processo verbale B).

Fra le riflessioni *sulle possibili evenienze*, trovo incongruenze non piccole. Non si può paragonare il condotto seminale; sebbene l' uno e l' altro siano formati di membrane, e dotati della forza d' elasticità (non mai a *guisa di sfintere si rilasciano* siccome vuole lo *Scarpa*, perchè mancano della fibra motrice) e pure diversificano nelle loro funzioni; essi facilitano l' effusione dell' umore rispettivo in grazia dei movimenti muscolari; e per questi movimenti essi agiscono ma *passivamente*. Si sa che il condotto Stenoniano riceve e fa passare l' umor salivale tutte le volte che la glandola parotide corrispondente sia obbligata a scaricare la saliva formata nelle celle, e ciò suc-

---

« camento del *condotto seminale comune sinistro*, o *destro*.
« Ciò non pertanto, e finchè l' imparziale sperienza abbia
« pronunziato su quest' articolo, mi faccio lecito di anti-
« cipare alcune riflessioni sulle possibili evenienze di co-
« desta lesione. »

cede coll' ajuto de' muscoli della mascella inferiore i quali fanno la pressione sulla glandola stessa; quindi in ogni movimento della mascella inferiore e della bocca, sia trangugiando la saliva, sia parlando, o mangiando, la parotide è compressa, e col mezzo del suo condotto getta l'umore salivale in bocca. Così è del condotto ejaculatorio, il quale scarica l' umor seminale nell' uretra tutte le volte che le vescichette siano compresse dai muscoli coll' ajuto della replezione esuberante dei vasi sanguigni, che succede per l' orgasmo venereo. Ma benchè quest' azione si effettui in pari modo nei condotti i quali, come dissi, divengono organi secondari, offrendo solo il passaggio all' umore, pure nella loro funzione sono essi in gran disparità, essendo in continuo esercizio il condotto Stenoniano per lo scarico continuato della saliva in bocca, mentre il condotto ejaculatorio lo è di rado, non dipendendo la sua azione se non che dalla volontà nostra o dalla accidentalità.

Se adunque saranno tagliati essi condotti, nello Stenoniano è probabilissimo che possa restare la fistola essendo sempre in azione pel continuo scolo della saliva, e diversità dell' ejaculatorio che può essere immune se non succede per accidentalità l' ejaculazione. Quanto poi alla distensione dei condotti escretori in generale non accadono già in grazia dell' umore, ma per le membrane, di che la natura in generale fornisce i canali di una tunica più resistente ed elastica, onde il liquore non sia trattenuto, ma spinto e cacciato fuori. Nei fanciulli pertanto (1) succede come nei vecchi, ed in tutti, la separazione, sia per nutrire la parte, come per lubricarla; e tagliato in essi uno dei condotti si riunisce nel medesimo modo

---

(1) « Nei fanciulli i *condotti seminali comuni* sono sottili « assai, e tenuti aperti piuttosto da un acquoso vapore, « che da un fluido distendente le loro pareti. Parmi quindi « cosa facile ad accadere, che il margine del troncamento « d' uno, o di ambedue di essi condotti, durante lo sta- « dio d' infiammazione *adesiva* della prostata, occupato ed « infarcito da linfa plastica, possa di leggieri essere stretto « ed obliterato nella cicatrice della prostata stessa. »

come avviene in quelli la cui divisione sia fatta speditamente, e l'infiammazione adesiva della prostata non porterà obliterazione del condotto (1), ciò che non succede nemmeno ne' vecchi. Non sono poi da paragonarsi i condotti lattiferi esulcerati delle mammelle, con gli ejaculatori sani; come questi già viziati per corrosione o sfiancamento

---

(1) « Vedasi ciò che accade dopo il troncamento del « condotto Stenoniano. La saliva piove incessamente giù « dalla guancia, mentre nell' altro lato l' orificio naturale « del condotto della parotide ora ne arresta del tutto lo « scarico in bocca, ora ve la fa stillare lentamente, ora « ve la lascia versare copiosamente. La stessa cosa si os- « serva per riguardo ai condotti *lattiferi* della mammella, « gli orifici naturali dei quali aperti sulla papilla siano « stati corrosi e poscia sfiancati. E di perpetuo flusso se- « minale per *corrosione* o *sfiancamento* dei naturali orifici « dei *condotti seminali comuni*, moltissimi sono gli esempi « che abbiamo riferiti da *Morgagni*, Epist. XLIV, 16, 17, « da *Heers* obs. rariores; Acta medic. Berolin., tom. IV, « Decad. I, Comment. Lips., tom. XXIV; da *Sauvages* « pag. 108, e da parecchi altri.

« Che se per mala sorte, tanto nei fanciulli, quanto ne- « gli adulti, dopo l' operazione *retto-vescicale*, venisse a « chiudersi ed obliterarsi l' estremità recisa del *condotto* « *seminale comune* sinistro, o destro, quali, chiedo io, « ne sarebbero le conseguenze, oltre la perdita della metà « dell' apparato ejaculatorio ? »

degli orifici non sono da paragonarsi co' sani, ne' quali un' incisione regolata non lascia traccia.

Non è propababile dunque che dopo l' operazione retto-vescicale resti un vizio e specialmente avvenga l' obliterazione del condotto ejaculatorio senza un preventivo male, onde la conseguenza del taglio retto-vescicale sarà la guarigione perfetta del malato estratta che sarà la pietra con le regole stabilite; e ne fanno fede non solo i miei casi, ma quelli degli altri abili chirurghi le cure de' quali furono coronate dal più prospero successo.

Conceda pertanto l' illustre Antagonista che sicure conseguenze sono i fatti, e che vagliono più delle ipotesi fondate specialmente su analogie estranee, la similitudine delle quali non regge; un condotto reciso che lasciasi libero alla natural guarigione, come è l' ejaculatorio, non è parificabile al condotto Stenoniano, e non è suscettivo come questo di flusso e di funzione continuata: il condotto ejaculatorio non

si allaccia, ed essendo libero a se, guarisce senza lasciarvi traccia che impedisca poi il passo della semenza a seconda della volontà. Allacciandosi il condotto escretorio delle ghiandole specialmente salivali, è certo che porta conseguenze triste e può dar timore; ma non così mai succederà al testicolo, nè si temerà d' una obliterazione ignota alla operazione del taglio, e quand'anche accadesse, non porterebbe sì tristi effetti come nelle glandole salivali, mentre sappiamo che la semenza separata e custodita nelle vescichette seminali ivi si riaffonde nel sangue e che anzi porta più robustezza nell' uomo, e maggiormente sviluppa la barba e la laringe.

Dunque l' applicazione delle osservazioni del veterinario *Viberg* (1) sono estranee al caso nostro, e inconcludenti.

---

(1) « *Viberg*, professore di veterinaria, vide due volte « ne' cavalli chiudersi ed obliterarsi del tutto il condotto « della parotide per ferita, e successiva infiammazione; « ed in un terzo cavallo sul quale egli aveva instituita e- « spressamente la legatura del condotto Stenoniano, osser- « vò, che la parotide sulle prime si gonfiò, poscia, ces- « sando questa ghiandola di secernere, si depresse, ed in-

Essendo provato che senza preventivo vizio gli ejaculatori fanno le loro funzioni e tornano nello stato naturale dopo il taglio retto-vescicale; con questo stesso argomento possiamo escludere le altre ipotesi del cav. *Scarpa*, e specialmente quella, che egli come per certa ammette, la fistola in seguito del taglio della prostata, e risultando la cicatrice in questa o sulla sommità o da un lato del grano ordeaceo, può, egli dice, *colle sue briglie far deviare l' orificio fistoloso del condotto seminale*, e ci porta un esempio di *La-Peyronie* (1), il quale invece conferma la

---

« fine divenne atrofica. Avvi dunque tutto a temere, dietro « questi fatti, che lo stesso sia per accadere riguardo al « testicolo sinistro o destro qualunque volta per motivo « della sofferta operazione *retto-vescicale* il *condotto seminale comune* sinistro o destro venisse ad essere chiuso « ed obliterato per sempre. »

(1) « Un uomo di 30 anni, padre di tre figli, nei pri- « mi quattro anni di suo maritaggio, prese da altra donna « una gonorrea virulenta ch' egli trascurò per due anni. « Guaritone finalmente, dopo quattro mesi di cura rego- « lare, tornò a convivere colla moglie. Non vedendo però « dopo due altri anni, crescere la prole, ne investigò le « cagioni, ed osservò ch' egli era privo dell' ejaculazione,

nostra opinione, che senza preventiva morbosità non vi è impedimento all' ejaculazione come è nel caso citato di un venereo.

Ma un appoggio avrebbe per altro l' illustre Antagonista, ed in suo favore sarebbe la conseguenza di taglio fatto senza preventiva morbosità, che lascierebbe delle cicatrici, e dei vizj nell' apparato ejaculatorio, e questi, egli dice con gli altri scrittori, *in conseguenza del metodo di Celso male eseguito, per cui l' incisione la quale doveva esser fatta lateralmente per una linea obliqua*

« ancorchè rendesse le orine speditamente, ed a pien ca-
« nale; che dopo il congresso gli usciva a modo di bava
« dall' estremità del pene l' umore seminale, e nella pro-
« porzione che il pene gli si deprimeva; che sul finire del-
« l' atto conjugale non provava più come prima quella sen-
« sazione, quel fremito che suol precedere ed accompa-
« gnare l' effusione dello sperma. Quest' uomo venne a
« morte per tutt' altra cagione. Nel cadavere di esso fu a-
« perta l' uretra lungo il dorso del pene fino all' orificio
« della vescica, e fu trovata una cicatrice sulla sommità
« del *grano ordeaceo*, le briglie della quale avevano fatti
« deviare gli orifici naturali dei *condotti seminiferi comuni*
« dalla giusta loro direzione in modo, che in luogo d' es-
« sere rivolti verso l' estremità del pene, riguardavano il
« collo della vescica. »

dal pube alla tuberosità dell' ischio, come si fa pel taglio laterale, era stata praticata in linea pressochè paralella alla sutura del perineo, ossia, presso poco, come si fa al giorno d' oggi praticando il taglio retto-vescicale.

Due obbietti abbiamo da fare su queste poche linee, primo, sulle prove di *Tolet* per la *mala esecuzione di coloro che per ignoranza eseguirono il piccolo apparecchio*; secondo, *per la linea che invece dell' obliqua era stata praticata pressochè paralella*; questo *pressochè* non vuol dire direttamente sul rafè; *la mala esecuzione* non vuol dire la esecuzione ben fatta, mentre esse due circostanze non possono applicarsi al taglio retto-vescicale, la cui incisione è fissata in un punto ed è regolarmente guidata da un siringone. Al contrario, nel piccolo apparecchio ancorchè bene eseguito, l' incisione è in arbitrio, per così dire, dell' operatore, il quale dopo che ha fatta la prima, va a fendere più o meno estesamente tagliuzzando nella sommità del tumore o calcolo dove

esso sia situato, e spinto colle dita dell' operatore stesso, sia nel collo dell' uretra, sia contro l' orificio della vescica, ecc., e nel vero senso di Celso dovrebbe questa seconda incisione essere fatta trasversalmente, e la prima semilunare presso l' ano. Nel taglio retto-vescicale pertanto vi sono le regole fissate, e si fa da un esperto operatore il taglio retto, e come ho più volte osservato sui cadaveri si scansano spesso gli ejaculatori e molto meno quindi il canal deferente vien leso. Il professore *Meli* nelle sue tante prove su cadaveri non ha mai inciso più di uno dei condotti ejaculatori, e qui in Milano il sig. *Mazza*, uno de' chirurghi primarii dello Spedale Maggiore, in un numero grande di cadaveri ha più volte salvato ambi i condotti, ed al più uno è l' interessato, e non mai il condotto deferente. Il caso dunque è difficile di ambi i condotti che siano tagliati sul cadavere, e nel vivente quasi è impossibile; e come in proposito disse il nostro professore sig. cav. *Palletta*, nel cada-

vere che non è in perfetta situazione le parti non essendo turgescenti a cagione della cessata vitalità, può succedere la lesione di uno, od ambi gli ejaculatori, ma nel vivente è probabile che non se ne tagli nessuno, o tutto al più uno. L'esperienza di questo sommo maestro è ben da valutarsi; ed egli fu presente alle operazioni fatte sul vivente e alle prove fatte sui cadaveri dal dott. *Taramelli*, al quale pure non occorse di tagliarne più di uno, e non sempre, dei condotti seminali. Se dunque un condotto ejaculatore pur fosse tagliato, qual morbosa conseguenza ne deve avvenire? Per me, sebbene con un sol caso non si possa bastantemente determinare l'assoluta certezza della riunione del condotto, pure è probabilissima, quando si voglia considerare che il taglio retto-vescicale da quattro e più anni continuamente per ogni dove si è eseguito su tanti individui, e che questi poi guariti non hanno mostrato sintomi di fistola nè di altra lesione. E se

Eistero (1) ha detto che si può ledere un condotto . . . . e che guarisce, e se alcun fatto fin qui non v'era per prova, come lo *Scarpa* rimprovera all' *Eistero*, vi è ora quello da me esposto del *Cordes* che serve di conferma.

Che se poi il metodo di Celso (2) è stato modificato dai pratici col deviare le incisioni, a seconda del loro criterio, non vuol dirsi male eseguito, ma bensì migliorato, come fece specialmente il *Marchionni* in Firenze nello spedale di S. Maria Nuova, che nel 1821 lo

---

(1) « Aveva bel dire *Eistero* per sostenere la sua tesi, « senza addurne le prove: denique ipsum corpus vescicae « cum quo simul vescicula seminalis sinistra, et ejus ductus vel defferens sive adducens vel excretorius forte, et « quandoque ureter sinister, vulnerari possunt, *quae omnia tamen, aeque ac vescica ipsa, glutinationem hic admittunt*. Ciò non è stato ancora provato da alcun fatto « meritevole di credenza. »

(2) « Nell'anno 1745, epoca in cui gli sforzi riuniti « dei più celebri chirurghi di que' tempi dirigevano que- « st' operazione verso il suo perfezionamento, *Ilsemann* « sotto la presidenza di *Eistero*, ossia *Eistero* stesso, pub- « blicò una dissertazione colla quale pretese di provare, « che il metodo *Celsiano* meritava d' essere preferito ad « ogn' altro dei più encomiati in allora. A' giorni nostri, « nel momento in cui quest' operazione ed i diversi suoi

eseguì sotto la direzione del professore *Giuntini* (1).

Se le due incisioni furono poi fatte perpendicolarmente, non per questo sarà somigliante il taglio retto-vescicale al piccolo apparecchio, mentre in questo metodo non vi è guida, ed il primo taglio non si fa lungo il rafè precisamente, ma a sinistra, come di fatto nel caso suddetto fu lateralmente inciso il collo della vescica. Nel taglio retto-vescicale cade perpendicolarmente l' incisione guidata dal siringone, il quale essendo bene impostato, oltrechè renderà il taglio netto, devierà dall' offendere col coltello il condotto comune seminale destro e sinitro.

Per quello che concerne la piaga, niente affatto sconcertano le materie fecali; però la nettezza è indispensa-

---

« processi toccano al più alto grado di perfezione, si tenta « di persuadere, che al taglio *laterale* debbasi sostituire il « taglio *retto-vescicale*, il quale ultimo, sotto certi rap« porti, è anco più imperfetto del metodo *Celsiano*. »

(1) *Istoria delle principali operazioni di chirurgia del sig. Curzio Sprengel*, tradotta dal dott. *Betti*. Firenze, 1816, part. II, pag. 137.

bile, e s' ottiene colla massima facilità sia con una pezza di pannolino inzuppato nell' acqua, sia con uno schizzetto, gettandovi l' acqua ogni qual volta abbisogna, e così nulla vi è da temere, e ciò può farsi da qualunque assistente come fu ne' miei casi. L' uso del nitrato d'argento non è per *intrattenere una crosta su tutta la superficie della piaga* (come dice il cav. *Scarpa*), non *per evitare gl' inconvenienti che necessariamente derivano dell' irritazione delle fecce* (secondo lui), poichè queste si rimuovano tutte le volte che ve ne sia un atomo, ma è per togliere la turgescenza e le carni fungose cagionate dall' irritazione delle orine, e prevenire la sordida suppurazione che per lo scolo delle medesime succede.

Che la turgescenza è prodotta dalle orine, lo vediamo sempre colle carni fungose in qualunque taglio, e con qualunque metodo. Le orine bagnando continuamente le parti incise obbligano i linfatici ad assorbire le parti più sottili di esse, e non potendosi scari-

care dai linfatici al di là delle glandole il liquido con tanta facilità per lo straordinario assorbimento che ne han fatto; divenuti, per così dire, idropici formano una piaga di aspetto pallido più o meno rilevata, la quale pure, accresciuta dalla estensione dei vasi sanguigni, offre una superficie assai gonfia, irregolare e lassa; che se non viene strisciato quivi il nitrato d'argento non tutti i giorni, ma spesso, succede la sordida suppurazione sierosa, con altre morbosità che impediscono la sollecita guarigione.

Il taglio retto-vescicale dunque è il migliore di tutti i metodi sin qui conosciuti. Con questo si estrae qualunque pietra a preferenza del taglio ipogastrico, o d'alto apparecchio, il quale *non è assolutamente praticabile*, come confessa lo *Scarpa*, *per estrarre una pietra di straordinario volume* (1). E non

---

(1) « Riducendo a minimi termini quanto vi ho fin qui « detto, il taglio *retto-vescicale* sarebbe il migliore di « tutti i metodi operativi sin ora conosciuti, segnatamente « quando il taglio *ipogastrico* non è assolutamente pratica-

è vero che in simili circostanze sia per lo più la vescica nello stato *innormale*, ma anzi rarissime volte; e molti casi potremmo addurre di pietre estremamente grosse che sono restate in vescica lungamente senza portare alterazione grave da far sospendere l' operazione, la quale eseguita con metodi diversi dal taglio retto-vescicale, o si è lasciata in vescica, dopo sforzi inutili pel suo straordinario volume, o deviando il taglio si è estratta a scapito del paziente, che dovette soccombere, ciò

« bile, per estrarre una pietra di straordinario volume, « se, in simili circostanze, ogni operazione a questo fine « diretta, non fosse per lo più controindicata dallo stato « innormale della vescica e dalla grave incomodità, dopo « estratta la pietra, del passaggio delle fecce entro della « già viziata vescica. Ne' casi poi ne' quali la pietra è di « mediocre grossezza da poter esser estratta per la via « del perineo, benchè il taglio *retto-vescicale*, mediante « il secondo processo di *Sanson*, non venga prolungato « oltre l' uretra membranosa e la prostata, ciò non per- « tanto questo modo di operare, non può in modo veruno « aversi per una utile sostituzione al taglio *laterale*, perchè « non si può effettuare il taglio, senza il troncamento « del *condotto seminale comune* sinistro o destro, e forse « anco di amendue i condotti per poco che lo sciringone « si trovi inclinato colla sua scanalatura verso il fianco « destro del malato, ecc. »

che probabilmente non sarebbe accaduto se fosse stata l' operazione eseguita col taglio retto-vescicale.

Ne' casi poi di mediocre grossezza della pietra, il secondo processo di *Sanson* modificato è in ogni modo preferibile al laterale per li motivi addotti dal cav. *Vaccà* (1); e perchè si può effettuare il taglio senza il troncamento del condotto seminale comune, come si è di sopra discorso, od al più uno è l' interessato, e non mai ambidue, e pel deviare dal perpendicolo il siringone. Così la piaga che ne risulta non è dolorosa, e nemmeno irritata dalle materie fecali, ma dalle orine come in tutti gli altri metodi; ed è guaribile quasi sempre più presto la piaga risultante dal taglio retto-vescicale, che dal laterale.

Il pericolo fra i tanti altri di offendere il tronco dell' arteria pudenda non è *uno spauracchio* (2), ma è bensì un

---

(1) V. le sue *Memorie sopra il metodo di estrarre la pietra dalla vescica orinaria per la via dell' intestino retto.* Pisa, 1821, e 1822.

(2) « I fautori del taglio *retto-vescicale* fanno valere il

accidente che può nascere non solo ai giovani operatori, ma ai più atti e provetti, non esclusi i sommi maestri, sebbene avvezzi al maneggio di qualunque stromento e coll' anatomia, per così dire, in mano, come successe al celebre signor *Dubois* l' anno 1819.

I meno destri operatori eviteranno il taglio della pudenda usando istromenti semplicissimi, senza tema di ledere i vasi spermatici col tagliare la prostata lateralmente, come dubita lo *Scarpa*. Io dico se la pietra sarà di un volume maggiore di quello che si supponeva, se sarà durissima e del pari scabra e

---

« vantaggio di non offendere mai, col loro modo d' operare, il tronco dell' arteria pudenda. Ma questo spauracchio non turba più l' animo dei nostri giovani operatori, dacchè nessuno di essi si accinge ad eseguire il taglio *laterale* se pria non è profondamente versato in notomia ed esercitatissimo nel maneggio dello scalpello. E per i meno destri operatori, ha provveduto la chirurgia somministrando loro degli stromenti semplicissimi, mediante i quali, dietro regole del pari semplicissime, possono con tutta sicurezza fendere *lateralmente* la prostata senza tema di ledere i vasi spermatici, il tronco dell' arteria pudenda, e meno ancora il retto intestino; le quali cose tutte sono comprovate dalla giornaliera sperienza dei più illustri chirurghi di tutte le nazioni. »

spinosa, come faranno? Faranno, io credo, ciò che fecero nei suddetti casi due sommi operatori, cioè il professore *Morigi* che la lasciò in vescica, il *Manzotti* che l' estrasse dopo aver fatta altra incisione, e dopo sforzi ripetuti, la quale incisione cadde sull' estremo dell' intestino retto, essendosi eseguito inutilmente il taglio laterale. Altrimenti con l' incisione indicata dal cav. *Scarpa* se non s' incide la pudenda direttamente, in caso di pietra più grossa dell' ordinario e spinosa, si strazierà la vescica lateralmente, e le altre parti molli, non che il tronco della pudenda, e si cagionerà un' emorragia secondaria, oltre la grave irritazione. Ogni metodo pertanto sarà incerto a preferenza del taglio retto-vescicale, come è incerto il conoscere il diametro della pietra. Se questa sorpassa il diametro di un pollice e mezzo, non può essere estratta col taglio laterale senza una dilatazione la quale porterebbe perniciose irritazioni, come *Camper* ci assicura (1). Sembra poi che egli vo-

(1) V. *Sprengel*, op. cit., pag. 126 e 127.

glia parlare a pro dell' alto apparecchio, come si mostrò inclinato *Beniamino Bell*, il quale convenne col *Camper* che il taglio laterale non poteva quasi mai andar disgiunto da funeste conseguenze se la pietra fosse stata d' una considerabile grandezza (1). *E dissuase d' intraprenderlo negli adulti al disopra di trenta anni*, in quelli di cattiva costituzione, ed in coloro la cui vescica non si dilata fino a un certo punto. Se dunque l' alto apparecchio non è atto per tutti i casi, perchè non deesi preferire il taglio retto-vescicale sicuro di togliere la pietra senza tante irritazioni? È vero che le materie fecali potrebbero entrare in vescica quando sia impegnato assai il basso-fondo, ma è certo che non è micidiale, come lo sarebbe colla permanenza d' una pietra lasciata in vescica dopo sforzi inutili per estrarla fatto il taglio laterale.

Lorenzo Nannoni (2) consiglia la pra-

---

(1) Id. V. pag. 128.

(2) V. *Trattato di Chirurgia*, Siena, 1785.

tica dell' alto apparecchio nei casi nei quali il soverchio volume della pietra richiederebbe che dovesse essere rotta nella vescica, se si pensasse di estrarla col taglio laterale.

Monteggia anch' egli quando una pietra siasi riconosciuta talmente grossa *dopo l' incisione del metodo laterale* da non poter passare dalla ferita del perineo, piuttosto che frangerla colle tanaglie del *Le Cat*, crede più vantaggioso l' usar l' alto apparecchio, opinando di aspettare a praticarlo, quando la ferita del perineo sia già avanzata verso la cicatrice. È d' avviso doversi dilazionare a compiere l' operazione, quando fatto il taglio non si senta più la pietra, quando i calcoli sono molti, quando la vescica si è spasmodicamente contratta, e quando esista veemente emorragia (1). Queste avvertenze non militano in favore del taglio retto-vescicale? in cui sempre si scusa il pericolo della emorragia, si estrae la pietra con

---

(1) *Istituzioni Chirurgiche*, Milano, 1805.

facilità senza temporeggiare, senza fare altra incisione fuorchè prolungando, se occorre, la già fatta, come insegna il *Vaccà*, e si estrae fino l'ultimo minuzzolo di calcolo. Si aggiunga pure a questi vantaggi la somma agevolezza con cui si snicchia una pietra insaccata, ed altre concrezioni, e la facile abolizione che si ottiene di un qualche tumore complicato colla pietra stessa, come fu nel mio caso. Basteranno, io spero, questi pochi cenni in risposta a quelli della lettera, ed ora passeremo a rispondere più minutamente alle riflessioni contrarie del dotto Autore.

RIFLESSIONI
DEL CAVALIERE SCARPA
E MIA RISPOSTA.

§ 1.

" Il prof. *Vaccà* dice : l' analogia , e
" la sperienza dimostrano non doversi
" temere alcuna triste conseguenza dalla
" recisione d'uno dei due condotti se-
" minali *comuni*, e che, a mal' andare,
" ve ne resta sempre uno di intatto.

" Prescindendo per un istante dal
" prendere in considerazione, che non
" uno, sia esso il sinistro , o il destro
" (poichè ciò dipende da un piccio-
" lissimo spostamento del catetere sol-
" cato dalla linea verticale del perineo
" a sinistra, o a destra); ma ambedue
" i condotti seminali *comuni* insieme
" al *grano ordeaceo* possono di leggieri
" venir tagliati, e guasti dall' incisione

" retto-vescicale instituita sulle norme
" prescritte dal prof. *Vaccà*; e che i
" medesimi condotti seminali *comuni*,
" dopo d' essere stati troncati, si tro-
" vano inoltre esposti ad essere con-
" tusi, e lacerati in un col *verum mon-*
" *tanum* dal ripetuto passaggio degli
" stromenti per estrarre la pietra, e
" dall'asprezza della pietra stessa, per-
" sisto nell'interessare l'attenzione delle
" persone dell'arte sugli inconvenienti
" della nuova maniera di litotomia, e
" sulla niuna utilità, a fronte del ta-
" glio *laterale*, d' aver ricorso ad un
" metodo operativo, il quale non può
" eseguirsi altrimenti che coll'incisione,
" ed ammaccamento, e distruzione,
" più o meno, compiuta dell' organo
" ejaculatore. E, torno a dire, che
" l'analogia desunta dalla naturale strut-
" tura, ed azione degli orifizj dei con-
" dotti escretori in generale, e di quelli
" dei condotti seminali *comuni* in par-
" ticolare, lungi dal dissuadere, per-
" suade anzi il contrario di quanto as-
" serisce su di ciò il prof. di Pisa,

" tratto argomento, come egli fa, dai
" *condotti* escretori *fistolosi*, l' azione,
" e meccanismo delle tronche boccuc-
" cie dei quali rese fistolose sono gran-
" demente differenti dall' azione delle
" aperture naturali dei canali anzidetti
" in alcuna delle cavità del corpo. E
" per ciò che riguarda la chirurgica
" sperienza, i disordini che di fre-
" quente si propagano agli organi della
" generazione in conseguenza di ulce-
" razione, di contusione dei condotti
" seminali *comuni* e del *grano ordea-*
" *ceo*, ed i malori di tal sorte in se-
" guito di lacerazione della prostata,
" nella quale lacerazione siano stati
" compresi i, condotti seminali anzi-
" detti, locchè non è raro che av-
" venga, come dimostrerò, nell' ope-
" razione retto-vescicale, sono altret-
" tante prove di fatto, che l'apparato
" dei vasi seminali ejaculatori non per-
" mette d' essere maltrattato impune-
" mente. Notissima cosa è d' altronde,
" che la sola e semplice flogosi del
" *grano ordeaceo* per gonorrea, per

" irritazione occasionata da permanente
" candeletta nell' uretra, da sciringa
" di gomma elastica spoglia di vernice,
" è bastante a produrre ingorgamento,
" e tumidezza nell' uno, o nell' altro te-
" sticolo; e che accidenti di tal sorte,
" e per anco l' impotenza a generare
" in uomini adulti stati operati di
" pietra da fanciulli si è manifestata
" in seguito della litotomia Celsiana
" male eseguita, cioè nella linea ver-
" ticale del perineo, e della prostata,
" a un di presso come si fa da chi
" pratica il taglio retto-vescicale. Oltre
" tutto ciò, quand' anco rimanesse in-
" tatto uno dei condotti seminali *co-*
" *muni*, non è nè razionale, nè umano
" il sottoporre un uomo al pericolo di
" perdere la metà delle sue facoltà
" generative, quando si possa altri-
" menti, ed anco meglio che col taglio
" retto-vescicale, estrargli la pietra. ,,

L'opinione dell'acuto Antagonista non si può ammettere, primo perchè non è presumibile che si possano tagliare

ambidue i condotti seminali comuni, giacchè uno se ne taglia appunto per lo spostamento del catetere, come è succeduto al profess. *Meli* sul cadavere. Il più delle volte al chirurgo *Mazza*, al dott. *Taramelli*, ed a me è occorso di lasciarli intatti, come si è già detto. Se dunque non è sempre accaduto di tagliare sui cadaveri nemmeno uno dei condotti seminali, dove, operando su essi, non può restare in perfetto perpendicolo il catetere pel rilasciamento delle parti, e per lo spostamento delle medesime, sarà presumibile anche nel vivente che non se ne tagli nemmeno uno, e molto più perchè tanta attenzione si mette non solo nel collocare in perfetta ed assicurata posizione il paziente, ma il catetere ancora, il quale ordinariamente abbraccia senza lederlo il *veru montanum*, e la recisione, va sempre a cadere alla base in uno dei lati, e quasi sempre alla destra. Sia che la sommità del *veru montanum* sia portata dal lato ove la spinge il siringone, che sia lo stesso *veru montanum*,

come parte molle, ceda allo strumento duro e tagliente, e lo scansi, certo è che mi è occorso di osservare che mai in quello non è caduta incisione da dividerlo in mezzo; quindi la divisione di ambi i condotti, supposta dal cav. *Scarpa*, non si verifica; ma soltanto uno dei condotti può essere al più reciso, quando il siringone sia spostato. Il mio caso può servire di conferma.

La traccia dell' incisione nel cadavere del Cordes si vide lateralmente alla base del *veru montanum*; supposto che fosse stato leso un condotto comune seminale, certo è che nessuno inconveniente accadde, malgrado del continuo travaglio con gli strumenti, dovuto alla complicazione del caso per demolire un fungo, le cui radici erano più forti appunto per le concrezioni frammischiatevi. In questo caso dovevano nascere le lacerazioni e le contusioni, indispensabili, secondo il cav. *Scarpa*. Ma il fatto è che sebbene dovetti per tre volte cambiare la tanaglia, e più volte schizzettare, l'ammalato guarì. È vero che ho sempre

accompagnata la tanaglia col dito, e con questo ho difeso la parte anche nell' uscita della medesima; ma tale atto dipende dal chirurgo esperto, che deve tutto prevedere possibilmente, ed evitare un attrito smodato. Del resto io ragiono sul fatto e conchiudo che se niuno sconcerto è accaduto nel mio caso, meno assai deve succedere in una operazione di pietra, in cui non abbia da soffrire l'infermo se non l'incisione e l'attrito della tanaglia nel-l'estrazione d' una pietra più o meno grossa.

Il paragonare, in secondo luogo, irritazione a irritazione non regge, poichè quella che accade in conseguenza dell' incisione del taglio retto-vescicale, è piccola e di poca durata, mentre l'irritazione già morbosa, come per causa d'infiammazione venerea, è, per così dire, permanente, ed è di lunga data, e non si rimuove l'effetto se non è rimossa la causa irritante; ma nel taglio retto-vescicale cessa ben presto l'irritazione e non si aumenta,

anzi non nasce l' infiammazione che per una disposizione dell' individuo, il quale può andare soggetto a disastri, non solo per questo metodo, ma per tutti gli altri; quindi i disordini, che in conseguenza di un vizio esistente succedono agli organi della generazione, non sono effetto del metodo, ma di tutt' altra cagione, e lo stesso profess. *Scarpa* ne cita gli esempi. In terzo luogo, gli accidenti, che possan nascere in seguito della litotomia Celsiana male eseguita, non succedono nel taglio retto-vescicale, e questo non è da paragonarsi a quello, e l' *un di presso* non vuol dire *è*. Tagliato pertanto un condotto seminale comune non porta pregiudizio, poichè guarisce e torna a fare le sue funzioni, ecc.

§ 2.

" Non dissimula il prof. *Vaccà* di
" aver sentito fortemente questa ob-
" biezione da me fatta al di lui modo
" d' operare, e dichiara ingenuamente,

“ che in vista di codesto accidente,
“ egli si sarebbe astenuto dal proporre
“ la nuova litotomia, se dessa non fosse
“ per molti e rilevanti titoli superiore
“ al *grande apparecchio lateralizzato.*

“ 1.° Perchè (scrive egli) apre una
“ via più breve dall' esterno all' interno
“ per arrivare all' uretra membranosa,
“ ed alla prostata.

“ 2.° Perchè, dopo estratta la pietra
“ prepara uno scolo più facile alle
“ orine.

“ 3.° Perchè va esente da emorragia
“ per offesa dell' arteria pudenda pro-
“ fonda.

“ 4.° Perchè l' incisione cade nel più
“ grande intervallo fra i rami dell' osso
“ del pube.

“ 5.° Perchè si riconosce più facil-
“ mente la posizione, forma, e gros-
“ sezza della pietra esistente in vescica,
“ e se ne fa meglio la presa.

“ 6.° Perchè il dito, e gli stromenti
“ penetrano più facilmente in vescica.

“ 7.° Perchè, quand' anco si dovesse
“ prolungare l' incisione *interna* al di

" là dell' orificio della vescica, e della
" base posteriore della prostata, e per
" anco sul basso fondo della vescica,
" non si avrebbero a temere le infil-
" trazioni orinose, nè gli ascessi gan-
" grenosi.

§ 3.

" Pria di chiamare a disamina cia-
" scheduno degli ora proposti vantaggi
" della nuova litotomia, mi sia per-
" messo di far osservare, che il prof.
" di Pisa non doveva instituire il pa-
" ragone fra il taglio retto-vescicale se-
" condo la di lui maniera d' operare,
" ed il *grande apparecchio lateraliz-*
" *zato*, ancorchè quest' ultimo si pra-
" tichi da molti non ignobili chirurgi,
" ma fra il primo ed il taglio *laterale*
" di *Cheselden* in istretto senso. So be-
" nissimo altresì, che dalla pluralità
" degli scrittori di chirurgia, ambedue
" i processi operativi ora menzionati
" vengono compresi sotto la denomi-
" nazione di taglio *laterale*, ed io stesso

« talvolta ho seguita questa maniera di
« dire, ecc. »

Per quello che concerne il taglio esterno è vero che tanto col taglio retto-vescicale, quanto col taglio laterale nel senso del dotto Antagonista non differiscono di estensione, volendosi considerare le due linee divise dall' angolo, ma tolto questo di mezzo resterà uno più breve, e la linea che può dirsi perpendicolare risulterà di un pollice soltanto, e quindi sarà più corta della incisione del taglio laterale; il qual taglio poi o eseguito sulla cute del perineo, o nell' estremo retto intestino, non porta nessuna differenza, poichè tanto la cute quanto le intestina sono nel novero delle membrane complicate, ed in conseguenza sensibili per li nervi che vi concorrono. È vero che il tubo intestinale è più ricco di nervi di calibro che la cute; ma è altresì vero che essi nell' estremo retto intestino sono minutissimi come nella cute, che in quel punto è del pari

sensibile. Pure la consensualità sua non è di nessun rilievo, come l'esperienza ha mostrato anco nella circostanza delle incisioni che per fistole si fanno in quel punto, le quali non recano al resto dell'intestino danno alcuno. Che se poi si tagliasse in alto, dove s'intacchi il peritoneo, allora è presumibile che possa esservi per la continuità e per i *consensi maggior rilevanza*, come dice il cav. *Scarpa*, e però i pericoli dell'infiammazione più probabili.

Pel taglio interno si trova subito l'uretra membranosa e la prostata in qualunque uomo abbenchè *sarchiato* e *toroso*, poichè tagliato lo sfintere s'ascende contemporaneamente col tagliente e s'incide il tessuto cellulare che forma, per così dire, il guancialetto alla prostata, e all'uretra membranacea, e ciò si effettua col primo taglio.

La parete superiore dello sfintere esterno e dell'estremo retto intestino si taglia colla prima incisione; e nel

prolungare il taglio interno quando il volume della pietra il richiede, sino ad interessare il basso fondo della vescica, non si fende l'intestino più oltre, nè s' intacca lo sfintere interno; ma il coltello procede lungo la prostata, la cui base viene in totalità divisa senza ulteriormente offendere l'intestino. Ed è perciò che le orine hanno perfettamente libero lo scolo per l'incisione, senza espandersi fra l'intestino e la vescica.

Non si trova difficoltà e stento alcuno al di là della porzione posteriore della prostata, ma vi è la stessa facilità nell'introduzione del dito, il quale entrando nell' uretra membranosa va coll' apice in vescica, come succede dopo il taglio laterale eseguito col Gorgeret di *Hawkins*, corretto dal cav. *Scarpa*, tanto ne' soggetti magri che nei grassi. E questo timore è figlio d' un equivoco preso dal cav. *Scarpa*, come vedremo in appresso, credendo che la base della prostata si lasci intatta coll' orificio della vescica, ecc.

§ 4.

“ Che se, come è certo, il taglio
“ laterale accuratamente eseguito cade
“ nella più bassa regione del perineo,
“ e, dopo praticata l'incisione interna,
“ il dito dalla metà della prostata in
“ avanti penetra in vescica più spedi-
“ tamente che dopo il taglio retto-ve-
“ scicale, egli è provato che lo scolo
“ delle orine, dopo il taglio laterale,
“ non è, nè può essere considerevol-
“ mente meno facile che dopo il taglio
“ retto-vescicale. „

Concede l' Antagonista che vi sia
qualche differenza per lo scolo delle
orine, ma non *considerevole*, poichè
non sono meno facili le loro uscite
dopo il taglio laterale, che dopo il
taglio retto-vescicale. E qui l' asser-
zione è appoggiata all' equivoco sud-
detto, ma la differenza sarà notabilis-
sima, poichè un'incisione laterale poco
meno che orizzontale all'asse dell'aper-

tura della vescica, non sarà meno alta di quattro linee dell' incisione del taglio retto-vescicale, quindi lo scolo delle orine si effettuerà con molta differenza.

§ 5.

" In riguardo della grave emorragia
" per offesa del tronco della pudenda
" profonda, egli è indubitato che si
" evita costantemente codesto infortu-
" nio da tutti coloro i quali aprono
" l'uretra membranosa immediatamente
" sotto del *bulbo*, e badano atten-
" tamente di condurre il coltello in
" modo che non vada di traverso con-
" tro il ramo, o la tuberosità dell' i-
" schio, ecc. „

Intanto col metodo laterale il pericolo di tagliare l' arteria ci è, e potrebbe succedere egualmente col Gorgeret di *Hawkins*, quantunque il prof. *Scarpa* lo creda difficile.

Quello che egli dà per certo che possa succedere, ma *rare volte*, se-

condo lui, è la emorragia secondaria. Questa mi è occorso di vedere spesso, e non tanto facilmente si arresta come egli asserisce; ma riduce il paziente a cattivo partito.

§ 6.

“ Siccome poi il taglio *laterale e-*
“ *sterno* comincia a un pollice sopra
“ dell' orificio dell' ano, ed approfon-
“ dandosi discende per una linea obli-
“ qua dal pube alla tuberosità dell' i-
“ schio al lato sinistro del retto in-
“ testino, ed alla distanza di otto linee
“ dal margine dell'ano, egli è evidente
“ che la media, e la massima profon-
“ dità del taglio laterale *interno* ca-
“ derà costantemente nell' intervallo
“ triangolare fra i muscoli del perineo,
“ e conseguentemente nel maggiore
“ intervallo che, avuto riguardo alla
“ sede naturale dell' orificio della ve-
“ scica, e della prostata sotto dell' ar-
“ cata del pube, occupare si può fra
“ i rami di quest' osso, ecc. „

È verissimo che il taglio laterale interno va a cadere nel maggiore intervallo, ma è altresì vero che fatto il taglio retto vi è il guadagno del doppio nella capacità maggiore per l' uscita di una pietra voluminosa.

Quanto poi alla differenza risultante dal taglio retto-vescicale a fronte del laterale, essa è grandissima per l' estrazione della pietra; la spessezza della porzione posteriore della prostata non impedisce l' estrazione di una pietra più grossa dell' ordinario, come nel taglio laterale. E quella spessezza cede alla pressione della tanaglia ed alla stessa pietra.

§ 7.

" L' orificio della vescica, e la pro-
" stata hanno la sede loro fissa e deter-
" minata sotto dell'arcata del pube per
" mezzo di forti ligamenti di varia ma-
" niera, ed in una posizione invaria-
" bile nei loro rapporti coll' intervallo
" fra i rami dell' osso del pube. E

" questo intervallo, o sia la distanza
" del così detto collo della vescica, e
" dell' orificio di questo viscere dal di
" sotto dell' arcata del pube diretta-
" mente in basso nella linea verticale
" del perineo non è tanto picciola
" quanto comunemente dai chirurgi si
" crede; perciocchè si estende da un
" pollice e mezzo a due pollici, di-
" stanza bastante fra i rami *discendenti*
" del pube per lasciare uscire una as-
" sai grossa pietra. Colui il quale non
" avesse l' opportunità di rivedere sul
" cadavere questo fatto importante di
" notomia per l'oggetto di cui si tratta,
" non ha che gettare un'occhiata sulla
" fig. III della tav. XV di *Santo-*
" *rini*. . . . E poichè, oltre questo
" fatto anatomico certo, egli è pure
" fuori d' ogni contestazione nella pra-
" tica chirurgia, che qualunque volta
" si tratta di estrarre per la via del
" perineo pietra di ordinaria, e più
" che ordinaria grossezza, non sono
" mai i rami dell'osso del pube, come
" si è accennato poc' anzi, quelli che

" ostano, o ritardano il compimento
" dell' operazione, ma bensì l' orificio
" della vescica circondato, e munito
" dalla base della prostata, così egli è
" evidente che la difficoltà di estrarre
" la pietra non sarà giammai nè punto
" nè poco diminuita per aver fessa la
" prostata *verticalmente* piuttosto che
" *lateralmente*, ecc. „

Il fatto anatomico è certo e non si può negare; ma la conseguenza è illegittima. La pratica ha mostrato che nelle pietre di più che ordinaria grandezza, non le parti molli hanno servito di ostacolo, ma i rami dell' ossa, ed è tanto certo, che nello spedale Maggiore di Milano il valente chirurgo *Manzotti*, dopo aver fatti molti tentativi e sforzi per rompere ed estrarre la pietra in un soggetto da lui operato, presente il capo-chirurgo sig. cav. *Palletta* e gli altri dello spedale, fu costretto a deviare il taglio per non lasciare una pietra assai voluminosa in vescica che mai più non sarebbe uscita;

ed il taglio fu integumentale e fatto in perpendicolo, per il che intaccò lo sfintere esterno, e l' estremo retto intestino. Estrasse allora la pietra con facilità; ma troppo fu l' irritazione ed il maneggio forzato di prima, onde il malato perì.

Questo caso è affatto eguale a quello del prof. *Morigi*, il quale fece ogni sforzo per rompere la pietra in vescica, ma essa restò finchè l' ammalato visse.

Se fossero stati da principio direttamente operati col taglio retto-vescicale, non sarebbero divenuti i pazienti vittime del metodo, ma sono scusabili que' due professori perchè non era in uso il taglio retto-vescicale, e nel tempo del prof. *Manzotti* non se ne parlava affatto.

Questi due casi senza riportarne altri, come potrei, mostrano che non si può avere cognizione perfetta del volume della pietra, e non può dirsi più o meno grande se non è grandissima, come quella che felicemente estrasse di 9 once e mezzo il prof. *Barbantini* col taglio retto-vescicale.

Così siamo incerti della maggiore o minor durezza, onde non si sa, se non che nell' atto, se si possa o no rompersi in vescica la pietra.

Questi due casi ho riportato specialmente perchè succeduti a due uomini sommi, e riputatissimi operatori di litotomia, e il sig. prof. *Morigi* ha il vanto di avere eseguito col più gran successo cinque cento e più operazioni di pietre, e pure non seppe e non potè prevedere nè la qualità, nè il volume della pietra che era spinosa, e grossa più di cinque once ed assai dura.

Se que' valenti operatori avessero conosciuta la difficoltà del caso, avrebbero scelto tutt' altro metodo, e preferito l' alto apparecchio, allora assai usato, per l' estrazione di simili pietre.

Con questi due fatti si può conchiudere che non sono le parti molli che servono di ostacolo, nè la spessezza della prostata, la quale cede, ed appena incisa si sdruge, per così dire, alla pressione della pietra, e così avviene dell' orificio della vescica; ma i

rami, dell' osso del pube e dell' ischio fanno la resistenza.

Questo, che ho io osservato, ha ripetuto sul cadavere le tante volte il detto chirurgo *Mazza*, il quale in tutti i modi ha provato ed ha verificato che incidendo appena la prostata, e il collo della vescica, come insegna il profess. *Vaccà*, ha tratto fuori pietre grossissime, espressamente messe, senza trovare quella resistenza che descrive il profess. *Scarpa*, ed ha confermato pure spesse volte la mia osservazione che inciso il collo della vescica ed appena la base della prostata oltre l' asse longitudinale innanzi la base della medesima, la pietra nello sdrucire che fa quella parte colla pressione lascia intatto il condotto ejaculatorio ed a tutta sostanza lacera la prostata e tutto il collo della vescica. Ha in pietre più grosse ancora fatta il *Mazza* la seconda incisione ossia il prolungamento della incisione interna, ed ha interessata tutta la base della prostata, ed in conseguenza il collo della vescica, e nel trar

fuori la pietra voluminosissima non ha mai sdrucito tutto il basso-fondo, come succede col taglio direttamente ivi portato per estrarre la pietra della vescica, siccome hanno fatto il succitato dott. *Triberti*, e quegli che operò il Bernardoni.

L'apparato ejaculatorio in quel prolungamento d' incisione restava sempre intatto se da principio, cioè col taglio interno, non era interessato uno dei condotti ejaculatori; in tal caso il solo condotto leso si disgiungeva nelle due porzioni, ed il resto dell'apparato ejaculatorio giammai non si è leso.

Queste stesse esperienze sono state con egual successo eseguite dal dott. *Taramelli*, presente il cav. *Palletta*, e da me.

Per queste esperienze fatte sul cadavere che ponno calcolarsi a centinaja, comprese quelle del prof. *Meli*, conviene francamente dire che il nostro Antagonista, questa volta seduto al tavolino, col compasso e colla anatomia ha delineati i supposti guasti,

e non ha veduto che fuori di un condotto ejaculatorio null' altro viene intaccato, e che quello dipende dallo spostamento del siringone, o dalla strettezza naturale dell' uretra, ecc.

Si può conchiudere in conseguenza che nello stato di vita non dee distrarsi la parte, e probabilmente non si taglia niuno dei condotti seminali comuni quando il siringone sia tenuto in perfetta direzione perpendicolare; e se uno fosse il tagliato, guarisce e torna ad esercitare la sua funzione come prima.

È fatto sicuro e non *illusorio adunque, che il taglio retto-vescicale, dividendo la prostata in un col retto intestino, contribuisce a fare sì che la pietra esca dall' orificio della vescica più in basso, e per un maggiore intervallo fra i rami dell' osso del pube, che dopo il taglio laterale.*

§ 8.

" I veri motivi pei quali, a cose
" tutte eguali, l' estrazione della pie-

" tra, dopo il taglio retto-vescicale, se-
" condo il processo operativo del prof.
" *Vaccà*, dee necessariamente riuscire
" più difficile, e stentata, che dopo
" il taglio *laterale*, appariscono chia-
" ramente dall' esame delle parti, sulle
" quali l' una, e l' altra operazione
" siano state accuratamente eseguite,
" come ora si dimostrerà. „

I motivi son fallaci, dietro l' equivoco preso dal cav. *Scarpa* come si è detto di sopra (pag. 43); onde sarà sempre il taglio retto-vescicale più facile del taglio laterale e più sicura l'estrazione della pietra.

§ 9.

" L' orificio della vescica, ed il prin-
" cipio dell' uretra circondati dalla pro-
" stata sotto la denominazione di *collo*
" *della vescica* dai chirurgi, e che io vo-
" lentieri cogli anatomici distinguo in
" orifizio della vescica, ed in *collo*
" *dell' uretra*, non sono, ecc. „

L'esposizione anatomica è giusta come è in ogni altro punto dove tratta di questa. Ma le osservazioni fatte al tavolino non corrispondono al fatto.

Il cav. *Scarpa* dice: *Col favore di cotesta posizione dell' orificio della vescica in riguardo dell' asse longitudinale della prostata, la via più breve che può tenere il tagliente, partendo dall' uretra membranosa verso l' orificio della vescica, ed insiememente coll' interessare la meno spessa sostanza della prostata, si è quella di progredire lungo il lato della prostata medesima, abbassandosi, ed allontanandosi quanto più sia possibile dall' arcata del pube.* Aggiunge che *il Gorgeret*, da lui corretto, *tiene precisamente quella via.*

Questa idea è di pochissima entità perchè ci ha pochissima differenza. La differenza è piuttosto, che dopo l' incisione interna col taglio retto-vescicale si è padrone del calcolo che immediatamente si presenta, e così del centro, e dei lati della vescica, e di tutto il cavo, se non è estremamente distesa;

col taglio laterale, dopo l'incisione interna, la sola parte sinistra, ed al più il centro della vescica può essere in certo tal qual modo dominato. Si aggiunga poi, che avuto riguardo all' estensione o asse longitudinale dei due tagli tanto del retto-vescicale, quanto di quelli del laterale, si vedrà essere più lunga nel laterale che nel retto-vescicale. Eccone la prova. Fatte le due incisioni col taglio retto-vescicale, noi immediatamente portiamo il dito esploratore, se vogliamo, in totalità e lo incastriamo, per così dire, in modo che tutto è ricevuto in vescica, offrendoci adito alla mano la gran fenditura naturale dell'ano; l' apertura dell' ano stesso che inciso il suo sfintere esterno e tutto il cellulare che serve di guancialetto alla prostata, ci offre uno spazio notabilissimo, mentre questo spazio fatto col primo taglio del laterale manca affatto, non permettendo, per quanto possan cedere gli orli dell'incisione al dito di penetrare tant' oltre, perchè l' estensione è limitata a

fronte di quelle che ci son presentate dalle parti e da' cavi naturali più prossimi alla vescica.

Il risparmio poi di porzione della base della prostata col taglio del suo metodo, lo avremo ancor noi come vedremo in appresso; colla differenza, che lo scolo delle orine ha il suo corso libero col taglio retto-vescicale, senza tema d' infiltrazione nel cellulare, in caso che sia la base della prostata totalmente incisa, come succede nel taglio laterale fatto col suo stromento. Queste sono le sue parole: *L' infiltrazione orinosa fra il retto intestino e la vescica ne sarebbe la conseguenza inevitabile del taglio laterale.* Termina questo paragrafo col dire *che in ogni modo la detta piccola porzione della base laterale della prostata insieme al margine sinistro dell' orificio della vescica, indebolita dalla scalfitura impressale dal tagliente del Gorgeret, si presta più agevolmente ad una lenta graduata distensione, di quel che se fosse rimasta intatta del tutto.*

Se la graduata ditensione, io do-

mando, non bastasse per la uscita della pietra, qualora fosse piuttosto grossetta, che cosa succederà? La piccola porzione della prostata sarà divisa, e così verrà l' infiltrazione.

§ 10.

" Diverso assai dall'ora esposto si è
" il risultamento dell'esame delle parti
" che vengono interessate nel taglio
" retto-vescicale *interno* secondo il pro-
" cesso operativo del prof. *Vaccà*, ecc. "

In questo paragrafo, che è di confronto col precedente sul taglio laterale, il cav. *Scarpa* mostra patentemente il suo equivoco. Primieramente sta benissimo che l' incisione interna del taglio retto-vescicale cade verticalmente sulla porzione interna o posteriore della prostata la cui spessezza, abbenchè più grossa dell' anterior parte di essa, s'incide; e qui non vedo che abbia a fare il confronto della spessezza, giacchè nella parte anteriore non si va a lederla

se non quando dopo morte si voglia esaminare l' accaduto nel taglio retto-vescicale. Chi avesse fatto il confronto della incision laterale con questa della prostata divisa inferiormente, e avesse trovato che questa fosse assai più grossa della parte laterale di essa stessa (e quando ciò fosse, non ci ha differenza, o almeno piccolissima, e non osta per l'esito felice dell'operazione), andrebbe in regola; ma l'artificiale apertura anteriore della prostata, come si è detto, serve nella osservazione anatomica dopo il taglio retto-vescicale, in cui risulta l' incisione al più di uno dei condotti seminali comuni, e non tutto il guasto che ci mostra il cav. *Scarpa*, e segnatamente della recisione di ambidue i condotti, che non succede mai, anzi difficilmente ancora resta intaccato nella sommità il grano ordaceo, forse perchè facile a cedere al tagliente, come già dissi più sopra.

Eccoci al confronto. Il dotto Antagonista scrive che *la grossezza poi delle divaricate labbra della ferita della pro-*

stata mostrano chiaro quanto maggior forza fa d' uopo d' impiegare per dilatare la base della prostata insieme all' orificio della vescica dopo il taglio retto-vescicale che dopo il laterale. Prosegue poi : *ritenuta la massima di non fare che piccolissima incisione sul collo della vescica, ed alla prostata* (V. *Vaccà*, pag. 73, seconda Memoria che lo stesso *Scarpa* cita) , *lo che io interpetro sino alla metà di tutta la lunghezza della porzione posteriore della prostata o poco più, per cui l' orificio della vescica rimanga intatto e circondato tutto all' intorno da grosso anello fatto dalla base della prostata.* Ecco l' equivoco, o forse ecco come vuole il nostro cav. *Scarpa* rivolgere a suo favore gli argomenti altrui; poichè nelle parole citate del *Vaccà* questi non intende che resti *inleso* l' orificio della vescica, ed in conseguenza *la base della prostata*; *no*, il cav. *Vaccà* intende colle parole citate che il taglio in tutta l' estensione della prostata, ossia nel suo asse longitudinale, com-

prenda l' orificio della vescica, e tutta la parte che dai chirurghi è stata denominata sotto il nome di collo della vescica, e il cav. *Scarpa*, nel suo paragrafo 9, egli stesso cita questa denominazione (V. § 9). E qui, senza entrare in questioni inutili, dirò solo che l'orificio dunque non resta intatto, e l'anello colla incisione della prostata non offrirà più la supposta resistenza, e cederà facilmente all' uscita della pietra. Quindi l' esperienze fatte sul cadavere dal profess. *Scarpa* sono fallaci in conseguenza dell' inganno preso. Quindi le seguenti linee dell' Antagonista non reggono più per la conclusione che ne cava, cioè : *ne viene di conseguenza ciò che si è accennato poc' anzi, cioè che, dopo il taglio retto-vescicale, introducendo il dito per l' esterna ferita, ed oltrepassata che siasi la metà di tutta la lunghezza della prostata prova il dito grande stento a progredire di là sino all' orificio della vescica ; e pervenuto che vi è, dà a conoscere che il foro d' uscita*

dell' orina dalla vescica è circondato da un grosso corpo annulare che fortemente si oppone all' ingresso del dito stesso in vescica.

Al contrario, conchiudo io, in questo caso introdotto il dito nella ferita oltrepasserà di là dall' orificio senza ostacolo come nel suo taglio laterale.

Il ragionamento ulteriore di questo paragrafo non ha più fondamento.

§ 11.

" E però, dicono i fautori della
" nuova litotomia, vi è qualche esem-
" pio di grossissimo calcolo estratto
" per mezzo del taglio retto-vescicale,
" secondo il processo operativo del
" prof. *Vaccà*. Ciò è certissimo. Ma a
" qual costo? Coll' incidere *vertical-*
" *mente* non solo l'uretra membranosa,
" e la metà della faccia inferiore o
" posteriore della prostata secondo la
" sua lunghezza, ma altresì la base
" tutta di essa ghiandola insieme al-
" l' orificio della vescica a tutta so-
" stanza, ecc. "

Qui conviene il cav. *Scarpa* che tagliata tutta la base della prostata con l' orificio della vescica si ottiene l' uscita di qualunque pietra. Ed io dirò che il primo soggetto che operai in Busdagno guarì in 33 giorni e l' operazione l' eseguii appunto tagliando interamente la prostata (V. Storia A).

Questo modo d'operare è attualmente adottato dal sig. prof. *Guidetti* clinico chirurgico di Genova la cui fama è ben diffusa, e bastano tai fatti (V. Storia D) per decidere sul suo merito e sul vantaggio del metodo stesso. Queste sono prove reali e non idee fantastiche o di raziocinio. Quello che egli pertanto chiama squarcio si è il modo di operate del professore *Guidetti*, di *Prato* di *Chiavari*, e il mio. E se nel secondo operato da me modificai il taglio seguendo le tracce del cav. *Vaccà*, fu perchè vidi che estrassi la pietra con tanta prontezza e facilità nel primo, che mi sembrava appunto inutile l' incision totale della base della prostata, avendo calcolato che poteva sempre

ciò fare quando l' importunità di una grossissima pietra l'avesse richiesto. Le conseguenze dunque sono felici, ed i vantaggi sono riportati nello stesso paragrafo del dotto *Scarpa*.

Dopo un sì grande squarcio, (e in questo v' è un po' d' esagerazione) *la pietra, per voluminosa che sia, non incontrando più verun ostacolo per parte della base della prostata, nè per quella dell' orificio della vescica, discende speditamente pressochè col solo suo peso nel cavo dell' estremo retto intestino, ove non trova più ostacolo alcuno dipendente dalle parti molli o dure, e certamente nemmeno per cagione dei rami del pube o dell' ischio*, ecc.

Certo è che sarà sempre più spedito e sicuro in confronto del laterale, poichè in questo ancorchè si possa superare la resistenza che gli oppone l'orificio della vescica se è la pietra eccedente l' ordinaria grossezza, non si cava per l' ostacolo dell'ossa; se è poi *alcun poco eccedente*, v' abbisogna il maneggio della tanaglia, e lo stesso

Scarpa conviene che sia un *vantaggio* da cui ponno *trar profitto gli esperti chirurgi*, vale a dire è una difficoltà maggiore nel taglio laterale per le pietre un poco grosse, che nel taglio retto-vescicale, abbenchè non sia in totalità incisa la prostata, ma soltanto intaccata all'orificio dalla pressione che fa la pietra quanto basta per l'uscita.

§ 12.

" Per ciò che spetta il quinto arti-
" colo relativo alla più facile ricogni-
" zione, e presa della pietra dopo il
" taglio verticale dell' uretra membra-
" nosa e della metà di tutta la lun-
" ghezza della prostata, in confronto
" del taglio *laterale*, codesta proposi-
" zione non è ammissibile sotto qualun-
" que rapporto. „

La facile ricognizione, e presa della pietra dopo il taglio retto-vescicale, in confronto del taglio laterale, è ammissibile appunto perchè s' incide l' u-

retra membranacea, l' apice della prostata e s' intacca il collo della vescica, ossia l'orificio della medesima e la base della prostata. Con questo taglio appunto estrassi all' ammalato secondo da me indicato una pietra piccola nicchiata in ampio basso fondo della vescica; in un istante l' afferrai e dovetti poi lasciarla per l' arresto delle tanaglie, trattenute dal fungo che s' incastrò in parte nella congiunzione delle tanaglie medesime; quindi dovetti aprirle e abbandonare la pietra, che poscia estrassi dopo d' avere abolito il fungo e le concrezioni calcari, le quali a guscio d' uovo attorniavano il collo della vescica, approssimandosi al basso-fondo circolarmente (V. Storia II). In conseguenza di questo fatto si può dire che il taglio retto-vescicale è l'unico per isgombrare prontamente la pietra o più pietre, concrezioni, ed altre sostanze morbose, esistenti nel cavo della vescica. Ciò mai non si sarebbe ottenuto col taglio laterale, appunto perchè non si domina col dito

la vescica interamente, e molto meno quando è ampia di basso fondo.

L'introduzione della tanaglia dal basso in alto, come dice l'Antagonista, non succederà a quel grado ch'egli accenna, subito che l'orificio della vescica è inciso colla prostata, e così essa non si farà più discendere per afferrare la pietra nel basso fondo, come si doveva fare nella sua ipotesi che si lasciasse intatto il collo della vescica, vale a dire l' orificio di questa, e la prostata.

Tale osservazione appunto fu fatta al suo metodo dal *Betti* (V. *Sprengel*, not. del Traduttore, pag. 144, lin. 17 e seg. Ediz. di Firenze.).

§ 13.

" Dopo il taglio *laterale* non è da
" dirsi con quanta facilità il dito, e la
" tanaglia si fanno entrare ed uscire
" dalla vescica col favore d' una inci-
" sione, la quale, come si è dimostrato,
" apre una via, che è la più breve,
" e la più retta che tener si può per

" arrivare dall' uretra membranosa al-
" l' orificio della vescica. „

La facilità della introduzione del dito sarà eguale in ambi i metodi, ma la tanaglia certamente non si fa entrare ed uscire dalla vescica nel taglio laterale, come nel retto-vescicale, per le giuste ragioni del *Betti*, ecc.

§ 14.

" E per riguardo al settimo articolo,
" egli è verissimo, che, quand' anco
" il taglio retto-vescicale dovesse essere
" prolungato al di là della base infe-
" riore o posteriore della prostata sul
" basso fondo della vescica, non si a-
" vrebbero a temere le infiltrazioni o-
" rinose, nè gli ascessi gangrenosi. Ma
" egli è egualmente vero, che, ope-
" rando in questa guisa, si va incontro
" ad un altro non meno grave incon-
" veniente dell' ora accennato, cioè a
" quello dell' ingresso delle materie fe-
" cali in vescica, ed alla perpetua fi-
" stola *sterco-orinosa*. „

Finalmente il cav. *Scarpa* riconosce questi vantaggi importantissimi nel taglio retto-vescicale, cioè, quando sia al di là della prostata inciso anche il basso-fondo della vescica non succedono infiltrazioni orinose, e nemmeno gli ascessi gangrenosi. Questi inconvenienti però succederebbero nel caso che fosse incisa la base della prostata nel suo metodo del taglio laterale col Gorgeret come abbiamo detto di sopra.

Per quello che concerne le materie stercoracee, quando il basso fondo della vescica non sia molto impegnato, ed avanzato sia il taglio in modo che il retto intestino non sia inciso che nel suo estremo, non si verifica questo ingresso delle materie stercoracee, dipendendo esso dalla incisione del retto, la quale se sia limitata, e il basso-fondo della vescica sia sdrucito dalla pietra nella sua uscita, difficilmente entreranno le materie suddette in vescica, non facendo esse una parabola, ma per la gravità specifica dei corpi tendendo al basso, e quindi discenderanno, e non ascenderanno.

Questo inconveniente pertanto dipende dall' incisione portata direttamente nel basso fondo della vescica, e dalla lesione estesa del retto-intestino, come è succeduto a quelli che hanno così eseguito il taglio retto-vescicale.

Quanto poi alla perpetua fistola sterco-orinosa, abbiamo fin qui più casi per farvi eccezione. Primieramente, col taglio prolungato nel modo che è descritto dal *Vaccà*, è difficile che resti la fistola, e nel caso, non vi sarebbe che per lo stato morboso della vescica. La probabilità che resti o si formi una fistola, sarebbe dopo l'incisione del taglio retto-vescicale fatto direttamente al basso fondo; probabilità, dissi, perchè abbiamo l' esempio del primo operato dal Giorgi d' Imola, il quale portò la fistola alcun tempo, ma poi guarì.

Il Bernardoni bensì è restato colla fistola sterco-orinosa, ma questa probabilmente sarebbe guarita se fossero stati in tempo amministrati i mezzi necessari dal chirurgo.

§ 15.

“ In conseguenza delle quali ora espo-
“ ste Anatomico-Chirurgiche ricerche,
“ e della giornaliera sperienza, la quale
“ ci dimostra nel modo il più positivo,
“ e sodisfacente, che calcoli vescicali
“ d' ordinaria, e più che ordinaria gros-
“ sezza si estraggono felicemente per
“ mezzo del taglio *laterale*, e, ciò che
“ più monta, senza ledere, e meno
“ ancora distruggere alcun organo di
“ importanza, nè lasciare nel soggetto
“ operato imperfezione di sorte alcuna,
“ mi sarà lecito di chiedere nuovamente,
“ in che consistono le molte, e rile-
“ vanti utilità che promette il taglio
“ retto-vescicale, ecc. „

Dai citati fatti potremo conchiudere che il taglio retto-vescicale è oltremodo superiore al laterale, ed in conseguenza a tutti gli altri metodi fin qui conosciuti. Possiamo quindi rispondere alla proposta del cav. avversario che è la seguente:

1.° *In che consistono le molte e rilevanti utilità che promette il taglio retto-vescicale in confronto del laterale, e, fors' anco, a fronte del grand' apparecchio lateralizzato.*

2.° *In qual modo e misura, il taglio retto-vescicale compensa i danni dell' inevitabile offesa parziale, o totale dell' organo ejaculatorio, e quelli che ne riceve la piaga pressochè continuamente lorda di sterco, restia alla suppurazione, e tarda a cicatrizzarsi.*

Al primo quesito si risponde che il taglio laterale, se anche vogliamo distinguerlo, come desidera il cav. *Scarpa*, *dal grand' apparecchio lateralizzato* (V. § 3) e secondo lo stretto suo senso, che è col metodo di *Havkins* da lui modificato, vi è il pericolo del taglio dell' arteria pudenda, come più facilmente accade nel grand' apparecchio lateralizzato, e *maggior probabilità d' una emorragia di second' ordine* come egli stesso dice (V. § 5) in sequela del taglio laterale eseguito col Gorgeret. Di più, con questo metodo nel caso di pie-

tra un poco più grande dell' ordinarie, l' ossa o siano i rami del pube e dell' ischio fanno ostacolo. Egli stesso sulla fine del paragrafo 11 mostra le difficoltà del taglio laterale. Ecco come si esprime: *Frattanto non devo ommettere d' accennare, che, anco dopo il taglio laterale, superata che abbia il calcolo la resistenza che gli opponeva l' orificio della vescica, non prova altra considerevole difficoltà ad uscire, premendo le morse della tanaglia colla loro convessità nella direzione obliqua dell' esterna ferita, l' una contro l' arcata del pube, l' altra sul retto intestino vuoto, e cedente; del quale vantaggio sanno opportunamente, e dottamente trarre profitto gli esperti chirurghi in occasione di pietra eccedente alcun poco l' ordinaria grossezza*. Se poi la pietra eccederà in vece d' *alcun poco*, di qualche linea, l' ordinaria grossezza, con questo metodo necessariamente bisogna lasciarla in vescica, quando non si possa ivi rompere, od altrimenti fare incisione per estrarla, rimedii ambidue pericolosi, o funesti,

come fu nei suddetti casi del *Morigi*, e del *Manzotti*. Un altro svantaggio, piccolo sì, ma non da lasciarsi in dimenticanza, si è il difetto proprio del Gorgeret, di fare, quando esce, un' altra incisione, cosicchè lascia un lembo di mezzo fra la prima incisione nel suo entrare, e inferiormente nell' uscire fra l' altra seconda.

I vantaggi dunque del taglio retto-vescicale a fronte del laterale sono la sicurezza che non succeda emorragia, come avviene nel *grand' apparecchio lateralizzato*, e la esenzione altresì dalla emorragia secondaria, che facilmente succede pel taglio laterale nel senso suo; la somma facilità colla quale si estrae la pietra dalla vescica senza tanti sforzi, e contusioni, procurate dallo stromento; e la sicura uscita della pietra abbenchè di gran volume, ecc.

Al secondo quesito in poche parole si risponde di nuovo, che uno al più sarà il condotto tagliato, e che questo guarisce, mentre poi la nettezza della piaga evita qualunque sconcerto, se si

voglia così chiamare tanto la *restía suppurazione*, secondo lo *Scarpa*, quanto la *tarda cicatrizzazione.*

Dei miei due infermi, il primo guarì perfettamente in 33 giorni, il secondo in giorni 52 per la giunta della fistola antica *vescico-scrotale* che volli radicalmente curare; quindi mantenni la comunicazione al perineo, giacchè lo sfintere estremo, e l' estremo retto-intestino erano perfettamente guariti nel quattordicesimo giorno. Da questi casi pertanto e da quelli del profess. *Guidetti*, e del profess. *Prato* e da altri ben conosciuti si può giudicare che la guarigione è brevissima e non tarda e restìa come l' Antagonista asserisce e vuole.

Continua egli appresso nel modo seguente: *Mi sarà permesso inoltre d' interpellare sui motivi pei quali, ancorchè il chirurgo, tenendosi alle norme prescritte dal professore di Pisa, cioè limitando l' incisione all' uretra membranosa, ed alla metà di tutta la lunghezza della faccia inferiore o posteriore della*

prostata, e quindi lasciando intatta la base di questa ghiandola, e con essa l' orificio della vescica, non pertanto egli è tenuto, se non sempre, spesso, durante la cura consecutiva, d' aver ricorso alla sciringa di gomma elastica a permanenza in vescica.

Il *Vaccà* incide il collo della vescica, vale a dire (ripeto ancora) l' orificio della vescica, ed intacca la prostata; quindi tutti i chirurghi non sempre, ma nel bisogno, internano la siringa di gomma elastica secondo le norme di quel professore, per facilitare la guarigione in quegl' individui, in cui lo scolo delle orine seguiti per l' ano, e non si presenti nell' uretra, o principiato non seguiti ad aumentare e progredire nel gitto per la via dell' uretra, ciò che succede nella diminuzione che segue a gradi a gradi nei primi giorni.

Nel mio infermo primo, le orine a poco a poco scemavano per la via dell' ano, e s' accrescevano per l' uretra, da cui principiarono nel 10 giorno, epoca della cicatrizzazione progressiva,

nella quale a misura della guarigione della piaga cominciarono le orine a deviare finchè totalmente determinaronsi al corso loro naturale.

In questo soggetto abbenchè fosse tagliata in tutta la sostanza la prostata, ed inciso il collo della vescica, pure non occorse siringa e guarì prestamente.

Nel secondo non avrei nemmeno fatto uso della siringa, se non fossi stato necessitato da diversi motivi; dissi, non ne avrei fatto uso, a cagione del taglio che fu più limitato che nel primo, giacchè intaccai l' orificio della vescica e la base della prostata, senza fenderla tutta; ma siccome l' operato fu infermo da quattro anni, ed in quel tempo portò la siringa permanente, da principio per gli stringimenti dell' uretra, in appresso per la fistola cisto-scrotale, o vescico-scrotale, per questi motivi la misi in uso, e quello che più mi determinò fu che le orine nell' entrare del terzo giorno si presentarono per l' uretra, e cessarono di poi, di modo che, da gocciole fre-

quenti, nel quinto giorno divennero scarse; oltre questa osservazione calcolai lo stato della fistola antica, e per curarla radicalmente volli impedire qualunque gemitío intanto che curava la ferita, o piaga per dir meglio, conseguenza del taglio retto-vescicale. Ecco perchè usai la siringa ed ecco i casi ne' quali essa può abbisognare, e soprattutto nella circostanza dell' operazione del taglio retto-vescicale, quando è impegnato il basso fondo per pietra voluminosissima, o per una fistola, come fu nel mio caso.

§ 16.

" Secondo il parere del professore
" *Vaccà*, la massima della superiorità
" che il taglio retto-vescicale seco porta
" a fronte del *laterale*, si è quella, che
" insufficienti essendo, a parer suo, i
" segni commemorativi, ed i mezzi chi-
" rurgici per determinare con assoluta
" precisione la figura, ed il volume
" d' un calcolo esistente in vescica, e

“ per conseguenza di valutare i giusti
“ rapporti del corpo straniero colle
“ parti costituenti il perineo, praticando
“ il nuovo metodo, il chirurgo si tro-
“ verà sempre senza troppo scrupoleg-
“ giare sulla figura e dimensione della
“ pietra a portata di estrarre dalla ve-
“ scica calcoli di qualunque forma, e
“ grossezza con grande facilità, locchè
“ niuno, a suo avviso, può compro-
“ mettersi di fare con verun altro dei
“ metodi operativi sin ora conosciuti. „

Premesse le nozioni allegate verissime e giuste, il parere di *Vaccà* sarà, anzi è, un assioma. I fatti sopra esposti del *Morigi* e del *Manzotti* provano l'assunto.

§ 17.

“ Vuolsi pria di tutto facilmente ac-
“ cordare, che la chirurgia non pos-
“ sede segni assolutamente certi, e
“ mezzi meccanici abbastanza squisiti
“ per accertarci intorno le picciole dif-

" ferenze di forma e di dimensione fra
" il calcolo esistente in vescica, che
" non eccede le ordinarie grossezze,
" ed i suoi rapporti col perineo. Ma
" la cosa non va del pari in riguardo
" di que' calcoli grossissimi, che fanno
" il subietto della presente ricerca, ecc. „

In conseguenza del precedente paragrafo il cav. *Scarpa* accorda che la chirurgia non dà mezzi meccanici, nè possede segni assolutamente certi per *assicurarci intorno*, egli dice, *le piccole differenze di forma e di dimensione fra il calcolo esistente in vescica, che non eccede le ordinarie grossezze, ed i suoi rapporti col perineo.* Queste espressioni coincidono co' pensamenti del cav. *Vaccà*, aggiungendo poi che deve concedere ancora che non vi sono mezzi per le grandi differenze di *forma e di dimensione* nelle pietre che eccedono le ordinarie grossezze; a meno che non sia la pietra di straordinaria mole come quella del *Barbantini*, ecc., ed altre appunto che eccitano non solo le

meraviglie del volgo degli uomini, come egli dice, *ma ben anche delle persone dell' arte*. Queste poi non sempre offrono segni dello stato morboso della vescica, e nemmeno il complesso de' segni è bastante a determinare la presenza di un calcolo enormemente grosso; essi segni nello stato di contrazione spasmodica di vescica sono dubbi, giacchè molti di essi si presentano nel caso di piccolissima pietra, e come dissi, senza che sia morbosa la vescica, ma per pura contrazione.

§ 18.

" Egli è di questo inveterato grossis-
" simo calcolo, complicato (come è
" per lo più) da incurabile morbosità
" delle tonache della vescica, del quale
" mi sono inteso di parlare sulla fine
" della mia Memoria riguardante il *ta-*
" *glio ipogastrico*, ecc. ,,

§ 19.

“ In questo identico complicato caso
“ adunque si consideri primieramente,
“ qual miglior partito si potrebbe trarre
“ dal taglio retto-vescicale in confronto
“ dell’ipogastrico; giacchè egli è indu-
“ bitato, che quel voluminoso calcolo,
“ il quale per motivo di durezza, spes-
“ sezza, contrazione, rigidità, insensi-
“ bilità delle tonache della vescica non
“ può essere estratto per di sopra del
“ pube, può essere senza esitazione
“ tratto fuori per la via del basso fondo
“ della vescica, e della pelvi. „

Il dotto Avversario dà finalmente un posto al povero taglio retto-vescicale, e dopo tante invettive contro di esso, lo fa primeggiare, ed essere più importante e superiore di tutti gli altri metodi fin qui conosciuti, sebbene egli ne faccia il confronto coll’ ipogastrico. Vi ha la differenza però che egli sembra inclinato al taglio suggerito da

Sanson per la via del basso fondo, e non come il cav. *Vaccà* l' ha descritto col prolungamento del taglio al collo della vescica, per cui si può risparmiare la totale lesione del basso fondo, che rende più probabile la fistola, e più lunga la malattia.

§ 20.

" In due maniere si procede all' e-
" strazione d' un grossissimo calcolo
" mediante il taglio retto-vescicale, ecc.,,

Dei due metodi da *Sanson* descritti, riportati dal cav. *Scarpa*, il secondo è quello omai adottato dai pratici, dopo che il profess. *Vaccà* ne ha indicato il processo operatorio; ed ha il *Vaccà* stesso fatto conoscere che col prolungamento dell' incisione per cui s' interessa il basso fondo della vescica s' ottiene uno spazio sufficiente e grande col quale si dà luogo all' uscita di qualunque pietra enormemente grossa. È tanto importante questa modificazione

in quanto che si può facilmente ottenere la perfetta guarigione senza lasciare una traccia fistolosa, e fors' anco quando il basso fondo della vescica non sia tant' oltre interessato, è probabile che non s' internino le feccie in vescica, le quali producono una irritazione non mortale, ma incomoda per la guarigione del malato.

Il modo d' operare pertanto secondo le modificazioni del *Vaccà* è d' incidere la parte membranosa dell' uretra, d'intaccare la prostata nella sua base ed il collo della vescica ossia l' orificio (1). Questa modificazione fatta dal *Vaccà* al secondo modo d' operare descritta da *Sanson* diviene preferibile, in quanto che se siasi riconosciuto colla esplorazione del dito dopo questo taglio che la pietra è grossa al di là dell' ordinaria grandezza, conviene, come il *Vaccà* insegna, prolungare la ferita incidendo la prostata a tutta sostanza e l' orificio della vescica, ed intaccando il basso

---

(1) V. Memoria cit. Pisa, 1821, pag. 35 e 36.

fondo della vescica più o meno. Questo procedere è in sostituzione al primo modo di *Sanson* il quale diviene secondo modo per noi. Sarà tanto utile essa modificazione che sarà sempre risparmiato l' estremo basso fondo della pietra stessa che si forma il letto da se, per così dire, nella sua uscita fendendo la vescica quanto le abbisogna; ciò che col ferro non si limita dall' operatore se non è sommamente esperto. In questo modo d' operare il professore *Scarpa* dovrebbe accordare maggiore utilità al metodo, sia pe' vantaggi da lui stesso riconosciuti nella somma facilità dell' estrazione di enorme pietra, e dello scolo delle orine, sia per altri importantissimi che vedremo in appresso.

Il cav. medesimo ai due vantaggi indicati contrappone svantaggi, come dice, *molti e gravissimi. In primo luogo il taglio retto-vescicale comprendente il basso fondo della vescica, più o meno, per l' estrazione di grossissimo calcolo, non è un' operazione di facile esecuzione, come forse a prima vista potrebbe a ta-*

luni sembrare; e ciò per asserzione di que' medesimi chirurghi i quali l' hanno più volte eseguita.

Questa proposizione è falsa, giacchè, come anche esposi nel giornale del professore *Omedei,* mese di marzo 1823, n.° 75, pag. 478, quel chirurgo che operò il Bernardoni, con facilità estrasse una pietra dopo avere inciso il basso fondo della vescica, onde si trovò comodamente padrone della solcatura del siringone al di là della base della prostata nel basso-fondo, e padrone del calcolo. Per me vedo facilissima l'operazione, e molto più me ne convinco, per lo sbaglio preso dal chirurgo, che ha creduto incidere, secondo il metodo descritto dal *Vaccà*, l' uretra e il collo della vescica, il che veramente per chi non è abile ad operare è più difficile di quello sia incidere il basso fondo direttamente secondo il modo del *Sanson*, e ciò perchè l' uretra membranosa non è scoperta colla prostata nel primo taglio bastantemente, dal che dipende la facilità del resto dell' opera-

zione. Che se nel Bernardoni restò la fistola retto-vescicale, fu appunto perchè il chirurgo tagliò estesamente tutto il basso fondo, dopo d'averlo scoperto, e in alto molto incise l'intestino e gli sfinteri: tanto mi fu assicurato da chi si trovò presente; io aveva già pubblicata la lettera nel giornale *Omodei.* E pure con questo modo d'operare non insorsero mortali accidenti; che se l'operazione fosse stata fatta col taglio laterale anche bene eseguito, inevitabile forse sarebbe stata la morte, giacchè la pietra era delle grosse (non però delle enormi, pesando circa 4 once), ed avea la figura d'un paralellogrammo, i cui lati minori erano tondeggianti. Questa pietra poi sommamente dura non sarebbe uscita per qualunque sforzo col metodo laterale; non tanto per la estensione del piccolo diametro, ma per la figura bislunga avrebbe girato nell'asse della tanaglia, ed impossibile sarebbe stata l'uscita, nè si sarebbe potuto romperla colla tanaglia.

Il metodo dunque per l'estrazione

della pietra del Bernardoni era bene scelto, e se fosse stato eseguito secondo l' ha descritto il *Vaccà*, probabilmente non sarebbe restata la fistola; mentre fatte le prime incisioni e verificata la pietra, bastava incidere la prostata in totalità ed il collo della vescica interessandolo appena al di là della base della prostata. Così si sarebbe estratta la pietra nella sua lunghezza, poichè era situata nel cavo della vescica.

In secondo luogo perchè, si impieghi pure l' uno, o l' altro dei due processi operativi, si corre sempre pericolo di offendere la falda *del peritoneo.*

Il secondo svantaggio è pure smentito dal fatto, ed è caso riservato quello dell' incisione del peritoneo nel modo che si usa dal *Vaccà;* non parlo della incisione col primo modo di operare, che è impossibile, ma col secondo, vale a dire, prolungando la ferita in cui s' interessa tutta la base della prostata, ed il collo della vescica. La probabilità dell' incisione del peritoneo sarà nel taglio guidato direttamente nel

basso fondo secondo il modo da *Sanson* descritto, e con certezza sarà offeso quando questo sarà malamente eseguito. Al Bernardoni la lesione del peritoneo non produsse fenomeni mortali.

Sulla ferita del peritoneo, e de' suoi danni parlerassi in appresso. Solamente dirò che può succedere nella circostanza di una contrazione morbosa, ma è raro questo caso, anzi rarissimo.

Il terzo svantaggio addotto dal cav. *Scarpa* è troppo complicato, e per darne un giudizio esatto, va distinta la proposizione. Ecco come egli si esprime: *In terzo luogo perchè, sia l' operazione eseguita in una maniera, o nell' altra, qualunque volta la incisione oltrepassa a tutta sostanza la base posteriore della prostata, e con essa l' orificio della vescica, ed intacca, anche per mediocre tratto, il basso fondo della vescica medesima, l' ingresso delle materie fecali in vescica, e la perpetua fistola* sterco-orinosa, o retto-orinosa *soltanto, sono le inevitabili conseguenze d' ogni operazione di tal sorte.*

Se l' operazione non sarà fatta secondo la modificazione del *Vaccà* nel suo primo metodo, per cui sono impossibili gl' ingressi di feccie in vescica, ma col modo secondo di *Sanson*, cioè di incidere l' uretra e tutta la prostata coll' orificio della vescica, come feci io nel primo mio operato, allora posso per la mia esperienza assicurare che non entrerà escremento per la ferita nella vescica, e nemmeno succederà la fistola; se sia poi per mediocre tratto intaccato il basso fondo, come insegna il *Vaccà* nel primo metodo modificato di *Sanson*, allora vi è pure certa sicurezza che le materie fecali non entrano in vescica, a meno che la pietra essendo stata di un volume straordinario non abbia lungo l' incisione diviso il basso fondo della vescica. Nel modo pertanto che si vuole dal cav. *Scarpa*, succede difficilmente la fistola.

In conferma del mio assunto se non basta il mio caso per dare una assoluta prova della verità, veggasi la storia C e la lettera D del professore *Guidetti*,

in cui si osserva l' incisione del taglio retto-vescicale eseguita col taglio totale della prostata, e si notano altri casi in cui venne intaccato il basso fondo, senza che sieno accaduti i danni voluti dallo *Scarpa*. Si concluda pertanto che le materie fecali s'internano in vescica quando il taglio sia portato direttamente nel basso fondo, e che quando l' intestino sia ferito in alto, in questo caso succede più facilmente la fistola. Così avvenne al Bernardoni. Che se poi, come mi viene assicurato, quel chirurgo non avesse trascurato i consigli di alcuno degli abilissimi chirurghi fra gli astanti, se avesse a tempo internata la siringa, non dopo un mese, e così avesse prima di quell' epoca toccata la piaga colla pietra, probabilmente sarebbe guarito radicalmente l' infermo, come quello che il *Giorgi* per primo operò (1).

---

(1) V. Lettera sopra due operazioni di litotomia. Imola 1822.

§ 21.

“ In riguardo del peritoneo, giova
“ considerare, che in quei soggetti nei
“ quali la vescica orinaria è natural-
“ mente picciola, o divenuta tale per
“ morbosa contrazione, rigidità, ed ad-
“ dossamento delle sue tonache alla
“ pietra; in quelli nei quali è natu-
“ ralmente mancante il basso fondo ,
“ e generalmente in tutti a vescica
“ vuota, la *falda* del grande sacco del
“ peritoneo discende assai più in basso,
“ ed in vicinanza della cervice della
“ vescica di quanto comunemente dai
“ meno dotti chirurgi in notomia si
“ crede. E codesto avvicinamento della
“ *falda* del peritoneo alla cervice della
“ vescica tanto più facilmente avviene
“ a vescica vuota d' orina, quanto che
“ sotto le grida del malato , e quindi
“ sotto la simultanea validissima azione
“ del diaframma, e dei muscoli addo-
“ minali sulla massa degl' intestini, la
“ *falda* del peritoneo è maggiormente

" spinta al fondo della pelvi. Per la
" qual cosa, praticando il nuovo me-
" todo per l' estrazione di grossissima
" pietra, non lungi è il pericolo, che
" compresa sia la detta *falda* del pe-
" ritoneo in quel medesimo taglio che
" era destinato soltanto ad aprire il
" basso fondo della vescica vuota d' o-
" rina; siccome sgraziatamente è acca-
" duto in un pietrante operato col
" nuovo metodo dal professore *Geri* di
" Torino, ecc. „

Non si può negare che in qualche individuo la falda del peritoneo non si avanzi assai in basso fino al collo della vescica; sono rarissimi questi casi, ma non ostante si danno, ed io in due soggetti ho veduto che s' avanzava nella faccia anteriore fino al collo della vescica.

Ma tagliando il peritoneo, quando, in un soggetto che per combinazione avesse la pietra, il peritoneo involvesse la vescica, e questa, come nel caso del sig. profess. *Geri*, *sembrasse*

tutta ravvolta sino al suo collo in quella membrana, tagliata quella falda, credono forse i chirurghi sicura la morte col taglio retto-vescicale? Per me credo fermamente che l' incisione di qualunque punto del peritoneo corre la stessa sorte delle altre membrane insensibili (cioè prive di nervi), vale a dire, che s' infiammano per consenso quando sia interessato l' organo che le contiene, involve, e veste. Eccone degli esempi: l'operazione della paracentesi che effetto produce nel peritoneo che ha punto? Niente affatto; così la membrana vaginale del testicolo, punta che sia per l' operazione dell' idrocele, guarisce egualmente. Ma se per disgrazia il chirurgo in ambe queste operazioni punge l' intestino sottoposto, ed il testicolo, ne avviene una infiammazione gravissima ed anche la morte, come in un individuo per paracentesi ebbi luogo di vedere col celebre sig. profess. *Rasori* chiamato con me a visitarlo; nè è il solo caso in cui io mi sia avvenuto, ma molti altri mi è occorso di vedere

che confermano la mia opinione. Nel caso di puntura del testicolo poi non sarà tanto facile la morte, ma la infiammazione, ed io l'ho veduta sì forte da portare lunghissima malattia e la durezza perpetua del testicolo. A questi esempi potrei aggiugnerne altri, specialmente del peritoneo tagliato nella circostanza dell' operazione dell' ernia incarcerata. Il peritoneo in questo caso è molto interessato; eppure quanti malati sono guariti senza traccia d' infiammazione! Venendo ora alla vescica, dopo la puntura fatta sopra il pube in due soggetti malati di ritenzione d' orina, è succeduta la morte, ed io ne fui testimonio. Nel primo fu fatta la sezione e fu trovato il peritoneo in basso, e di fatto fu punto, ma la causa della morte non fu già la puntura di quella falda membranosa che appena si trovò infiammata col resto del peritoneo, ma lo stravaso dell' orina che nel separarsi dai reni passava filtrando nella cavità del basso-ventre e cancrenò l'intestino e la vescica stessa. Nel se-

condo mostrò l' autopsia un'infiltrazione fuori del peritoneo, giacchè questo non fu ferito per la sua lamina che era al naturale in alto della vescica, e questa irritata dalla cannula permanente (e di niuna utilità) e dallo inzuppamento per l' orina fuori e fra le stesse membrane di quel viscere, si cancrenò: ed in questo caso pure il peritoneo era appena ingorgato di sangue, mentre i reni erano stati molto infiammati ed alquanto le intestina. Ad un infermo in Firenze fu da me fatta la puntura della vescica per la via dell' ano al di là della base della prostata nella malattia di ritenzione d' orina, e fu preferita quest' operazione per l' impossibilità d' introdurre il catetere per la via dell' uretra malgrado de' tanti sforzi con esso fatti. Quindi fu da me impiegato un trequarti curvo, e feci la ferita. Niun sintomo camparve, e soltanto nel corso successivo le irritazioni succedevano quando si provava di aprire il canale naturale, e alla fine mi riuscì di superare a gradi a gradi le difficoltà

colle minugie e per mezzo pure di una cura fondente generale.

Intanto scorsero mesi e le orine passavano col mezzo di una siringa di gomma elastica che (tre giorni dopo l'operazione fatta colla prima siringa) introdussi in vescica facilmente col mezzo del cavo della cannula del trequarti che era piuttosto grossa, la quale nella sua permanenza non aveva prodotto al malato che la solita inquietudine cagionata dalla permanenza di un corpo estraneo metallico.

Introdotta pertanto una siringa di gomma elastica per l' uretra, estrassi quella del basso fondo della vescica, e dopo lunga cura uscì l' infermo dallo spedale coll' apertura artificiale, che ancora gemeva, essendosi resa fistolosa. Era quegli un contadino, e dopo sei mesi venne allo spedale di nuovo malato di peripneumania grave e sotto la cura del valente sig. dott. *Righetti*, il quale fece ogni tentativo per salvarlo, ma fu ogni cura inutile per esser giunto quasi moribondo. Questo in-

felice mi fece chiamare appena entrò nello spedale, e si raccomandò a me caldamente, ed io stesso lo feci porre nella crociera del suddetto medico, che fra quelli di turno io credea che meritasse maggiore stima e confidenza. Dopo pochi giorni morì: io eseguii la sezione del cadavere, presenti i medici del luogo, il Curante, ed il professore *Mascagni*. Fu aperta dal chirurgo *Bernini*, mio collega, la cavità del petto, e furono trovati i polmoni assai epatizzati ed indurite le pleuri: molta linfa concrescribile ed acqua in ambi i sacchi. Aperta la cavità del basso-ventre, tutti i visceri erano nello stato normale fuori della vescica che era più piccola ed ingrossata un poco, e nel basso fondo si trovò l'apertura fistolosa che era del diametro poco più di un grano di miglio ed avente un bordo o cercine rilevato ed incallito. In questo caso fu osservato che il peritoneo ossia la sua lamina investiva fino il collo della vescica, e dessa era appunto quella che aveva contribuito alla formazione

del cercine suddetto. L' uretra non offriva tracce morbose tali da impedire, come fece, l' ingresso alla siringa; quindi il risultato dei nostri discorsi dopo un accuratissimo esame fu che l' uretra alla presenza del catetere si metteva in coartazione spasmodica, e così per qualunque altro corpo estraneo che la toccasse, e ciò fino a che guarì una piaga venerea nella parte membranacea dell' uretra la quale fu creata dall' abuso del coito e delle iniezioni astringenti nel tempo di una blenorragia, per cui mandò l' uretra stessa più volte sangue.

Da questi fatti possiamo dedurre che il peritoneo ferito per se non porta alcuno sconcerto, e molto meno è causa della morte; che esso è consenziente alle affezioni morbose dei visceri cui va a coprire tutti, e a vestirli particolarmente, formando una membrana loro propria. È questa la ragion per cui s' infiamma, essendo a contatto immediato delle intestina, del fegato, della milza, ecc. e formando a

questi organi quella membrana speciale che proviene dall' interna lamina del sacco del peritoneo stesso. Onde se essi visceri verranno lesi per causa traumatica, o per qualunque altra causa fisica, onde la funzione di quel tal viscere sarà innormale, il peritoneo ne risentirà per consenso e desso pure diverrà morboso, vale a dire, infiammato. Tanti altri fatti potrei portare per prova della poca importanza della ferita di questa membrana, la quale è d' altronde meramente formata di vasi sanguigni, e di vasi linfatici, ond' è nella classe delle membrane composte. Quindi con tutta ragione si può asserire che il sig. professore *Geri* non dee attribuire la morte del suo operato alla lesione della falda del peritoneo in conseguenza del taglio retto-vescicale, ma alla promiscuità del metodo operatorio per cui ha maltrattate le parti sensibili, ossia le membrane complicate nelle quali entrano i nervi per la composizione loro. Di fatto quel suo dilatatore e conduttore non serviva che ad irritare l' intestino retto,

il quale pure per mezzo del taglio altissimo veniva ad incidere la parte più sensibile di esso, e questa sola circostanza bastava per aumentare l' irritazione e svolgere un' infiammazione da intaccare il tubo intestinale non solo, ma i visceri tutti del basso-ventre fuori e dentro il sacco del peritoneo, e cagionare la morte, come avvenne.

Per lo spaccamento in tal guisa dell' intestino retto si deve supporre che estesissimo pure dovesse essere quello della vescica, altro organo annoverato fra le membrane sensibili, il quale troppo irritato doveva portare l' infiammazione, e la morte.

L' altro incidente, *non assolutamente mortale*, dice il cav. *Scarpa*, *ma grave ed inseparabile dal modo d' operare sugerito dal* Vaccà, *è l' offesa inevitabile d' una delle vescichette seminali.* Per le prove fatte da me e da tutti gli altri succitati, appare che mai non è occorsa, e quand' anche succedesse per ipotesi, guarirebbe, ed il taglio dei lombi si riunirebbe perfettamente.

§ 22.

“ Estratta la grossissima pietra me-
“ diante l' uno, o l' altro dei due pro-
“ cessi operativi del metodo retto-ve-
“ scicale, l' ingresso delle materie fecali
“ in vescica, e la discesa dell' orina
“ nel cavo del retto intestino ne è la
“ conseguenza costante, e la cagione
“ inevitabile della perpetua fistola ster-
“ co-orinosa, ovvero della retto-orinosa
“ soltanto, se l' incisione non è stata
“ prolungata che appena appena al di
“ là della base posteriore della prostata,
“ e dell' orificio della vescica. „

È falso che in ambi i modi di operare entrino fecce in vescica, e la discesa dell' orina nel retto sia la *cagione inevitabile della perpetua fistola orinosa*, ecc.

Le materie fecali non entreranno in vescica se non se quando sia interessato il basso fondo in totalità od almeno nella quasi sua totalità, cosicchè, se-

condo il modo dal *Vaccà* insegnato del prolungamento dell' incisione alla base della prostata e del collo della vescica, quando la pietra sia enormemente grande da portare quella incisione alla totalità del basso fondo, allora sì entrano le materie stercoracee in vescica; altrimenti, per una pietra anche grossa più dell' ordinario e che abbia sdrucito il basso fondo, non entrano materie stercoracee, come il fatto del chirurgo di Chiavari lo dimostra. Col modo primo di *Vaccà*, ossia colla modificazione al secondo di *Sanson*, è poi impossibile che entrino materie stercoracee; non vi entrarono nemmeno nel mio primo caso in cui spaccai tutta la base della prostata ed incisi il collo della vescica; e così pure furono senza quest' inconveniente gli operati dal professore *Guidetti*, ai quali fu estesamente tagliata la base della prostata.

Non è meno falso che la fistola succeda nell' uno o nell' altro modo di operare secondo il *Vaccà*, ma succederà quando sia stato inciso diretta-

mente il basso fondo della vescica, come avvenne al profess. *Geri*. Quello che più mi sorprende è l' artificio del dotto Antagonista nella citazione, ove fa comparire più fistole che non vi sono, e non distingue gli operati col taglio del basso fondo da quelli con l' incisione alla prostata, ecc. In *accrescimento del numero* verrà poi il caso del Bernardoni operato per la via del basso fondo che estesamente tutto fu inciso, come siamo stati assicurati da chi lo vide.

§ 23.

" Qual esito poi si dovrà aspettare
" dall' operazione, se il calcolo assai
" voluminoso si trovasse associato a
" grave incurabile morbosità delle to-
" nache della vescica? „

Rarissimi sono i casi di calcolo voluminoso associato a grave incurabile morbosità delle tonache della vescica. E per vero dire, se ciò accadesse, non converrebbe operare per non creare

nuova irritazione la quale cagionerebbe la morte. Ma questa complicazione straordinaria dee spiegare i sintomi già descritti dal professore *Scarpa* nel paragrafo 17, mancando i quali sarà meglio operare e non supporre una lesione della vescica per la grandezza della pietra e pel tempo. Nel caso del Bernardoni, la pietra, come dissi, piuttosto che grossa, era pesante, in conseguenza più gravitava nella vescica, e mi vien assicurato che da più di venti anni aveva incominciato il suo germe, poichè fu sempre malaticcio fin da quel tempo. Questo caso è certo che non era semplicissimo, e la vescica doveva essere affetta; eppure il malato vive, e passeggia, con una fistola, è vero, ma non dipendente dal metodo, solo dalla cattiva esecuzione.

Il mio secondo operato aveva la vescica malata, e la piaga fistolosa era certa; eppure guarì, e guarì radicalmente, sebbene oltre la fistola vi si associasse un fungo con altre concrezioni calcaree, oltre la pietra, che com-

plicavano la malattia. Quella del professore *Morigi* grandissima e spinosa doveva certamente aver cagionato gravi affezioni morbose alla vescica; eppure se fosse stato possibile estrarla, chi sa che l' infermo non fosse guarito. Cito questi fatti perchè succeduti fra noi in questi ultimi tempi, vale a dire, dall' incominciamento dell' esecuzione del metodo del taglio retto-vescicale.

§ 24.

" Incomodo *lieve*, replica il profess.
" *Vaccà*, è la fistola sterco-orinosa
" *perchè il chirurgo abbia da rinun-*
" *ciare alla operazione, piuttosto che*
" *incidere il basso fondo della vescica,*
" *in confronto delle angoscie e dei*
" *tormenti, che affliggono e minacciano*
" *di uccidere il malato. . . . Ma nel caso*
" *di cui si parla si sa dalla sperienza*
" *che l' operazione tende anzi ad acce-*
" *lerare la perdita dell' infermo, ecc.* „

Quando fosse certa la morte dell'infermo in sequela dell' operazione di

pietra, ragion vuole che si tralasci di farla, ma quando il caso sia dubbio, conviene operare, e togliere le angosce ad un malato che non abbia che pochi giorni da vivere, poichè l' azzardo chirurgico è spesso salutare. Il caso del professore di Chivari conferma l' assunto.

§ 25.

" Ma, come si è accennato di sopra,
" non tutti i grossi inveterati calcoli
" sono complicati da vizio irremedia-
" bile delle tonache della vescica. A
" dir vero questa occorrenza è rara,
" anzi rarissima, perciocchè non mi è
" accaduto di osservarla che due sole
" volte nel lungo corso della mia pra-
" tica in una provincia, nella quale
" frequenti sono i calcolosi, mentre
" molte volte mi si è offerto il primo
" caso complicato da vizio incurabile
" della vescica, e verisimilmente anco
" dei reni, ecc. „

§ 26.

“ Egli è precisamente questo il caso
“ in cui tutti i più celebrati scrittori
“ di chirurgia convengono fra di loro
“ non meno sull’ opportunità che sulla
“ necessità d’ estrarre il calcolo al più
“ presto, quantunque grossissimo, per
“ non lasciare esposta più lungamente
“ la vescica ad una irritazione che fi-
“ nirebbe per disorganizzare le tonache
“ della medesima. Se poi in questo de-
“ terminato caso, in cui la litotomia
“ è indicata, giovi piuttosto estrarre il
“ calcolo per la via dell’ estremo retto-
“ intestino, ovvero per di sopra del
“ pube, apparirà dal confronto che
“ ora farò fra i due menzionati metodi
“ di operare. „

Questi sono i casi di cui credo che intenda parlare il cav. *Vaccà*, e così penso io, come ho detto, per quelli la cui morte è sicura. In questi frangenti poi si dee mettere in esecuzione il taglio retto-vescicale.

§ 27.

" Vantaggio comune ad ambedue i
" metodi, ecc. „

Il cav. *Scarpa* fa il paralello dei due metodi, cioè del taglio retto-vescicale, ed il taglio ipogastrico, notando i vantaggi, e svantaggi comuni, e propri. Il vantaggio comune ad ambi i metodi è questo, che *incisa la vescica nella parete sua anteriore, o nel suo basso fondo, essa si presta egualmente alla distensione per l' uscita di calcolo assai grosso*, e qui il dotto Antagonista ha ragione. *Vantaggio proprio del taglio retto-vescicale si è quello, in cui dopo estratta la pietra si ha uno scolo facile dell' orina, delle mucosità, e di qualunque altro spurgo della vescica.* E qui pure lo *Scarpa* è giusto e imparziale. *Comune svantaggio si è il pericolo di offendere il grande sacco del peritoneo;* qui poi ripeto che col taglio retto-vescicale è difficilissima questa disgrazia,

e nel caso che progredisse verso il collo della vescica in modo che fosse leso, non ne deriva grave inconveniente. Ma se fosse inciso nell'operazione del taglio ipogastrico, è sommamente pericoloso, non perchè quello sia interessato, ma per le infiltrazioni orinose, e per la protrusione delle intestina che andrebbero a riempire il vacuo della cavità della vescica, e per altri danni sicuramente mortali, complicandosi l' operazione.

L' obiezione poi che il taglio retto-vescicale diviene di *una estensione troppo grande* non è da temersi; e molto meno si può concedere che il coltello si arresti nel guidarlo lungo la scanalatura del siringone *all' orificio soltanto della vescica*, dopo di che il resto dell' incisione discendendo nel basso fondo dee farsi senza guida. Non è questo il modo che si tiene dal *Vaccà*, ma è il seguente : . . . " Trovata la scanalatura " porti (il chirurgo) con la destra il " suo bisturì sopra l' unghia dell' indice " sinistro, col dorso in alto, il tagliente " in basso, incida la parete dell' ure-

" tra, entri colla punta del bisturì e
" con l' unghia nella scanalatura del
" siringone tenuto fisso dall' ajuto nella
" descritta situazione. Spinga poi in-
" nanzi colla destra il bisturì fino in
" vescica seguendo la scanalatura del
" siringone, ed incida il collo di que-
" sta vescica, la prostata più o meno
" ampiamente, secondo l' idee che si
" sarà formate del volume e della forma
" della pietra. E siccome siamo molto
" soggetti ad errare in questo giudizio,
" credo bene di tener la ferita del collo
" e della prostata piuttosto piccola, po-
" tendo con estrema facilità ingrandirla
" in seguito. Fatta quest' incisione s'in-
" troduca per essa il dito indice se-
" guitando la guida del siringone fino
" in vescica. Il siringone diventa inu-
" tile affatto a quest' epoca, e si fa
" estrarre. Col dito si giudica dell' am-
" piezza della ferita, si giudica meglio
" di quello che si era potuto fare in-
" nanzi del volume e della forma della
" pietra; dietro questo esame si de-
" termina d' ingrandire l' incisione, o

" di conservarla tal qual è. Se si crede
" necessario d' ingrandirla, il primo
" bisturì che ci ha serviti fino a qui,
" introdotto di nuovo colla scorta del
" dito indice, potrebbe servirci ancora;
" ma siccome la punta del bisturì or-
" dinario forse imbarazzerebbe il chi-
" rurgo, e potrebbe esporlo al rischio
" di pungersi, siccome la punta una
" volta introdotta in vescica, se non
" fosse guidata da mano espertissima,
" potrebbe offendere le pareti di que-
" st' organo, si usi in questi casi lo
" stretto bisturì bottonato, col quale
" si evita con sicurezza il primo ed
" il secondo inconveniente. Sul dito
" s' introduce la tanaglia; tutte le guide,
" tutti i Gorgeret immaginati per con-
" durre la tanaglia in vescica, sono
" istrumenti perfettamente inutili, i
" quali altro non fanno che rendere
" l' operazione un poco più lunga, un
" poco più complicata, non mai più si-
" cura, e sono superflui in questo come
" in tutti gli altri metodi di estrar la
" pietra. Arrivati a questo punto nulla

" ho da aggiungere, ed il chirurgo deve
" ricordarsi di tutte le regole che sono
" state fissate, per prendere e per e-
" strarre la pietra (1). „

Dunque *Vaccà entra in vescica* col bisturì e non *s' arresta all' orificio*, e percorre la solcatura del siringone, il quale non ha bisogno di essere diverso, fuori della qualità più o meno grande per l'individuo. Con questo taglio prolungato non resta offeso che al più uno dei condotti seminali comuni e non altro, e nessuno si può compromettere di fendere il *veru montanum*, come dissi di sopra, *con tale precisione nel mezzo di esso* perchè cede al tagliente e va l'incisione a cadere in un dei lati, nè questa deviazione porta veruno sconcerto di più del tagliare uno dei condotti ejaculatori, e, secondo l' esperienze da me fatte, spessissimo l' ho salvato sul cadavere; sul vivente nol so; so però che la sezione dell' in-

(1) Op. cit. pag. 37, 38.

fermo da me operato, che si ammazzò, non mostrò lesione alcuna, e lungo la base in linea retta al *veru montanum* si scorgeva come un filamento esilissimo tendinoso (1).

E per quanto sia grossa la pietra in questo modo di operare, difficilmente si giunge a dividere il basso fondo in totalità, e lo sarà fino che abbisogna facendosi con poca forza da per se la strada. Non dubiti il cav. *Scarpa*; ripeteremo con lui che non si taglia di più che *il condotto ejaculatorio*, e non sempre, e tutto il resto è salvato, e se per accidentalità, e per forte deviazione prodotta da imperizia dell' operatore, o dell' assistente che tiene il siringone, si tagliasse una vescichetta seminale non è gran danno: lo dice *Eistero* (2), come pure lo dice il celebratissimo *Cristofano Klein* dopo molte felici operazioni, il quale non temeva l'incisione delle vescichette seminali,

---

(1) V. Processo verbale, ecc.
(2) Esame della lettera del cav. *Scarpa*.

ma l' artèria pudenda desiderava intatta (1). In oltre il cav. *Scarpa* non tema della ferita della falda del peritoneo; la fistola non sarà inevitabile, ma nel modo di operare indicato vi è molta probabilità che non succeda.

§ 28.

" Per eseguire il taglio ipogastrico
" si fendono i comuni integumenti fra
" i muscoli retti e piramidali, ecc. „

Per eseguire il taglio ipogastrico, fin che si incidono i tegumenti comuni, va bene, e va benissimo pure *il taglio della linea bianca secondo il suo manuale immune da offendere il peritoneo.* Nel secondo stadio poi il *gran vantaggio, che si ha,* dice lo *Scarpa*, *è di cadere sotto l' occhio dell' operatore, egli ne scansa sempre l' offesa.* Adagio qui:
" La vescica è fuori del sacco del pe-
" ritoneo... la sua faccia posteriore è

(1) *Sprengel*, op. cit. pag. 132.

" coperta dalla vera lamina del perito-
" neo, che si estende un poco oltre
" la sua sommità e le sue parti late-
" rali, e quand' essa è piena, una parte
" della sua faccia anteriore poggia
" sopra la parte inferiore dei muscoli
" dell' addome. Sopra di ciò è fondata
" la possibilità di aprirla sopra il pube
" senza interessare il peritoneo, e senza
" far sì ch' esca alcun intestino. Nulla
" di meno vi sono dei soggetti, nei
" quali il peritoneo si avanza sopra
" la faccia anteriore di questo viscere,
" quasi rimpetto il pube. Questi casi
" sono rari. Ma ne ho avuto alcuni,
" e se le persone, che fossero così di-
" sposte avessero avuto delle ritenzioni
" d' orina, cosicchè si avesse dovuto
" pungerla sopra il pube si avrebbero
" fatti degli stravasi di orina in que-
" sta cavità. „ Così il *Sabatier* (1).

Se dunque fatta la seconda incisione

---

(1) *Sabatier*, Trattato completo d' Anatomia, terza ediz. tom. V, pag. 21, Venezia 1798.

si scorgesse il peritoneo, che farà l' operatore? o inciderà il peritoneo, o farà il taglio retto-vescicale. Se inciderà il peritoneo, probabilmente in una estesa incisione farà uscire le intestina; il pericolo ci sarà ancora dell' infiltrazione, senza punto considerare la ferita per se del peritoneo, che la credo innocua, come ho già detto; dunque in questo caso il *grande vantaggio* è divenuto sommo svantaggio.

Premesso poi che non vi sia questo prolungamento del peritoneo, e scansato si fosse il maggior pericolo di fenderlo, e si prosegua l' operazione; se si dasse la combinazione che il calcolo fosse assai grosso più di quello che si credea, e fosse duro spinoso, friabile, ed alla presa della tanaglia si dividesse, e suddividesse, che si farà? Nel caso di pietra grossissima la cui dimensione sia proporzionata alla incisione, allora è d' uopo o allungarla e forse intaccare il peritoneo, o trarla fuori a forza e farsi strada coll' incidere la vescica e lacerarla, se fosse

spinosa, o scabra, e così sottoporre allo stesso pericolo il peritoneo ; se sarà friabilissima non si va impunemente a cacciar fuori i frammenti colle lozioni che si mandano con grossissime canne in vescica, nel taglio retto-vescicale, quindi a estrarli a mano a mano, e a lasciare in vescica quello che non potrebbe uscire se non con mezzi meccanici lunghi e pericolosi per l' attrito, per l'accesso dell' aria, ecc. Si noti che lo scolo delle orine non segue dopo l' estrazione della pietra, e così è delle mucosità, perciò bisogna fare un' altra operazione, cioè, come dice lo *Scarpa*, *l' incisione laterale interna sino ad aprire l' uretra membranosa è di tutta necessità ne' maschi ad oggetto di facilitare l' ingresso in vescica della sonda a dardo, e preparare in seguito una men difficile uscita che fia possibile alle orine ed ai mocci.* Prosegue : *Questa difficoltà, a dir vero, non si è potuto ancora sormontare. Ma alla fin fine usando di molta diligenza nella cura consecutiva, e nel mantenimento della*

cannuccia in vescica, si ottiene l' intento di una guarigione perfetta.

Questo complicato modo d' operare peraltro è assai penoso poichè bisogna fare apertura e contro apertura nell' atto d' operazione, e quindi colla cannula permanente metallica mantenere un' irritazione per lo scolo delle orine dopo l' operazione. Tal metodo tentato dal *Pallucci* per la prima volta onde correggere il taglio ipogastrico per procurare l' egresso all' orine mediante una cannula introdotta con un trequarti pel perineo, allorchè erasi già fatta la ferita dalla parte del bassoventre, fu già dal *Vaccà* nel 1791 tolto coll'introduzione della siringa di gomma elastica nella via dell' uretra, senza praticare l' incisione perfezionata da Fra *Cosimo*, aprendo agli uomini l' uretra nel perineo, ponendo in questa apertura una cannula retta, corta e larga, onde procurar lo scolo delle materie d' ogni genere seguendo l' alto apparecchio (1): ciò non ostante sempre

(1) *Sprengel* op. cit. pag. 117, 126, 139 e segg.

sarà il taglio ipogastrico più incerto e pericoloso.

Il profess. *Vaccà*, presegue lo *Scarpa*, *si è lusingato*, *che*, *praticando il taglio lungo il collo dell' uretra sino al basso fondo della vescica, che è quanto dire, risparmiando quanto più fosse possibile del basso fondo di questo viscere, e della parete superiore del retto intestino*, *si potesse evitare la fistola sterco-orinosa*, ecc.

È sicuro che la fistola si può evitare benissimo, ed è raro il caso che possa succedere per la grossezza straordinaria della pietra, la quale, come ho più volte detto, si fa strada dividendo nella sua uscita il basso fondo più o meno della vescica, od in totalità. Se all' operato *Mori* è restata la fistola, sarà appunto per la circostanza di pietra straordinaria, e potrebbe darsi che anche fosse guarito dopo i tre mesi, giacchè si è veduto che più volte guarirono fistole orinarie dopo lungo tempo. La falda del peritoneo, quantunque non andasse sempre esente dalla incisione

in quel taglio, pure non lascia alcun timore per le ragioni già dette, cioè perchè dessa non è per se sensibile, ma consenziente alle infiammazioni della parte sensibile che veste.

§ 29.

“ Da cotesto confronto dei due me-
“ todi operativi, ecc. „

Dal confronto dei due metodi operatori resta abbastanza provato che il taglio ipogastrico raccoglie tutti gli svantaggi e pericoli sopra esposti. Per confessione dell' avversario, quando il taglio ipogastrico *praticavasi in quelle stesse favorevoli circostanze che promettono il buon esito del taglio laterale, sopra* 86 *individui d' ogni età e d' ogni sesso non ne morirono che sedici; che è quanto dire sopra cinque ne guarirono quattro*. Se questa mortalità è così forte nella estrazione del calcolo più o meno piccolo, quanto sarà stato il numero di quelli che sono morti

dopo estratta una pietra grossissima! E quelli che hanno sofferto il taglio ipogastrico, dopo che il chirurgo ha *lungamente ed inutilmente vessato, e contuso la vescica, onde estrarre da essa per la via del perineo un grossissimo calcolo che non può passare per quella* (1), *nè si presta ad essere infranto.* E come avranno finito? come que' dei sedici, credo io. Eppure, secondo lo *Scarpa*, questa operazione non è *imperfetta, nè tanto formidabile quanto da alcuni fra i moderni chirurgi si vorrebbe far credere;* ed io aggiungo, da' vecchi ancora, come vedremo appresso. In conseguenza il taglio ipogastrico secondo il suo parere è da preferirsi di *gran lunga al retto-vescicale in tutti quei casi nei quali la pietra non può, a motivo del suo grande volume, essere estratta per la via del perineo.*

---

(1) Questo passo del cav. *Scarpa* serve di conferma a quanto sopra dissi riguardo alla cognizione perfetta della grandezza del calcolo, e va di concerto con li due operati da *Morigi* e *Manzotti* i quali si accinsero all' operazione senza conoscerne la mole.

Ecco di nuovo il povero taglio retto-vescicale sprofondato nell' abisso, dopo che *Scarpa* gli avea pur dato un posto in chirurgia, citandolo come preferibile al taglio ipogastrico (V. § 19). Noi per altro cercheremo senza alcuno sforzo di liberarlo anche da questo colpo coll' armi dei fatti, i quali militano a favore di esso non solo contro il taglio ipogastrico, ma contro tutti gli altri metodi fin qui conosciuti. Intanto per vie più dimostrare gli svantaggi dell' ipogastrico aggiugneremo l'autorità dei sommi maestri che lo hanno abbandonato. *Pietro Franco* stesso che ne fu il primo autore, abbenchè riescisse bene nell' operazione, dissuase altri dall' imitarlo per la facilità che può avere l' orina d'insinuarsi nel bassoventre (1). *Tommaso Alghisi* rigettò l'alto apparecchio per le triste conseguenze che porta, e specialmente perchè non si può che con gran difficoltà risparmiare il peritoneo; e *Gio. Batt. Ver-*

---

(1) *Sprengel*, op. cit. pag. 81, e 82.

duc avvertì che pei sommi danni che produce, sin dal principio del secolo decimo ottavo non era più usato in Parigi (1). *Cheselden* per li grandi svantaggi che aveva osservati nella pratica dell' alto apparecchio lo abbandonò, e s' accinse al taglio laterale (2). Con queste autorità, co' fatti esposti, e colle cure felicissime ottenute dal taglio retto-vescicale debbesi a questo la preferenza sopra l' ipogastrico, poichè con quello giusta le storie finora pubblicate risultarono pochi morti in un numero grande di operati, e se sarà eseguito da professori ed allievi abili ed esercitati, farà dimenticare gli altri metodi, sia per la facile uscita d' ogni pietra, sia pel minor dolore del malato, ecc. come il profess. *Guidetti* ha con ragione esso pure affermato.

---

(1) *Id.* pag. 91, e 92.
(2) *Id.* pag. 102.

§ 30.

" Sul conto delle fistole sterco-ori-
" nosa, e retto-vescicale orinosa in con-
" seguenza del taglio retto-vescicale,
" cade qui in acconcio d' osservare,
" che la sterco-orinosa si evita effettiva-
" mente lasciando intatto l'orificio della
" vescica insieme alla base posteriore
" della prostata, come si usa di fare
" dal profess. *Vaccà*, qualunque volta
" egli abbia ad estrarre pietra piccola
" o di ordinario volume. „

Cade qui il cav. *Scarpa* nuovamente nell' equivoco sul taglio praticato dal *Vaccà*, il quale intacca, come si è già detto, la prostata nella sua base, ed il collo della vescica, e per conseguenza l' orificio dello stesso sacco. Parrebbe che la esposta disgrazia della fistola sterco-orinosa non più si evitasse.

In conseguenza pertanto di tale equivoco, avremo la fistola sterco-orinosa quando viene interessata la prostata ed

il collo od orificio della vescica, e le sue parole in appresso lo confermano, ma poi distruggono la spiegazione di lui stesso sul fenomeno delle materie fecali. Le ripete il *Vaccà* dalla piegatura delle tonache del retto-intestino e specialmente della interna mucosa, la quale agisce in modo di valvula (in conseguenza dell' incisione del collo della vescica e della prostata, come si è detto). In vece asserisce il cav. *Scarpa*, *che ogni qual volta si lascia intatto l' orificio della vescica colla base posteriore della prostata, giammai materie stercoracee possono passare dal retto-intestino in vescica, perciocchè l'ingresso in questo viscere ne è chiuso; e che quando l' orificio della vescica si presta a dar esito all' orina, le materie fecali che tentassero d' introdursi in vescica ne vengono dall' orina stessa represse. E viceversa, per poco che il taglio proceda di là dell' orificio della vescica, l' ingresso delle materie fecali e dei flati è inevitabile e perpetuo.*

Io spiegherei quel fenomeno secondo

la situazione delle due aperture, e dall' andamento delle sostanze fecali nella loro uscita dal retto-intestino, che, secondo me, discendono, e non ascendono; altrimenti dovrebbero fare una specie di parabola dal basso in alto per entrare in vescica; e questo ritorcimento non lo possono fare nel grado che si teme in quanto che lo sfintere dell' ano inciso manca allora di resistenza, ossia della natural forza di contrazione, per la divisione stessa, la quale mantiene nello stato d' inerzia il resto della periferia dello sfintere. Oltre ciò vi è la distanza non piccola fra l' estremo retto-intestino inciso, ed il collo della vescica, per supporre che entrassero le materie fecali in quella cavità, e bisognerebbe credere che l'intestino fosse inciso al di là degli sfinteri, come accade nel taglio portato direttamente al basso fondo della vescica. Onde l' osservazione del dotto Antagonista, ossia la spiegazione sua non regge, sia perchè è posata sull' equivoco in quanto alla pratica che

tiene il *Vaccà*, sia perchè i fatti corrispondono precisamente alla mia asserzione, che non sono le materie fecali dall' orina represse, ma che non possono dall' avanti in dietro, e dal basso in alto montare per introdursi in vescica, quando non sia tagliato il basso fondo di questa, o l' intestino retto estesamente. In fatti nel Cordes, compiuto il secondo giorno dopo l' operazione, si presentarono le materie fecali agli sfinteri dell' ano; mancando la forza allo sfintere esterno per trattenere, o sospendere in parte l' uscita d' un globo grossissimo assai duro di sterco, il movimento dell' intestino retto precipitosamente ed inaspettatamente colle forze ausiliari lo espulse fuori; sopraggiunti gli stimoli e facendo degli sforzi, l' infermo ne emesse altra quantità, e restando porzione di essa materia fecale men dura nell' estremo retto intestino metà dentro, e metà fuori dell' ano, in collo, per così dire, allo sfintere inciso, non potea l'intestino sbarazzarsene, nè troncare il pezzo uscito

per la perduta azione di restringersi; ma se ne venne a capo con una cucchiaina di specillo, e quindi colla lozione e con un clistere fu ripulito e votato l' intestino come sopra dissi nella storia B. In questo passaggio e trattenimento di materie fecali solide, o liquide mai in appresso non ne penetrò un atomo in vescica, come non si videro giammai uscire dal canale dell' uretra miste coll' orina. Secondo lo *Scarpa* (sempre nell' inganno che *Vaccà* non incida l' orificio della vescica, e non intacchi la base della prostata), avendo io in questo soggetto fatto il taglio come viene descritto dal *Vaccà*, pel canale dell' uretra dovevansi vedere le materie fecciose uscire insieme colle orine. Ecco il seguito delle sue parole: *Nel primo caso però* (illeso l' orificio, ecc.) *osservasi soltanto che le materie fecciose si mescolano alle orine che percorrono il canale dell' uretra, e persistono all' imbrattarle per un tempo indeterminato dalla cura consecutiva all' operazione.*

Questo fenomeno accade quando è tagliato il basso fondo della vescica ed estesamente il retto-intestino, e non altrimenti quando è illeso quello ed inciso il collo della vescica.

L' altra osservazione contraria, che è l' ultima del presente paragrafo, si fonda su due fistole restate (e forse già guarite) in diciannove individui operati col taglio retto-vescicale incidendo l' uretra membranacea, ed intaccando il collo della vescica e la base della prostata; una delle quali si avverò in uno operato da *Vaccà*, e l' altra in uno operato dal *Cittadini*; ed egli ne cava questa conseguenza, che *non pertanto il taglio retto-vescicale malgrado l' integrità dell' orificio della vescica, e della base posteriore della prostata nei casi di pietra piccola, e d' ordinaria grossezza, non va sempre esente da fistola retto-uretrale orinosa.*

Noi dietro i fatti possiamo con franchezza asserire il contrario, poichè se tagliando il collo della vescica non sono restate che due fistole in 19 infermi

ed il medesimo numero in altre 10 trattati dal profess. *Guidetti* e dal professore *Prato*, i quali hanno inciso in totalità la prostata ed il collo della vescica, ne viene di conseguenza che la fistola retto-uretrale non debbe accadere se non di raro.

§ 31.

" Rimane per ultimo da discutersi,
" se il taglio retto-vescicale potesse
" almeno essere d' un' utile sostituzione
" a que' mezzi che la chirurgia impiega
" per estrarre il calcolo che si arresta,
" e cresce nel collo dell' uretra. „

Niente di più facile del taglio retto-vescicale, la cui utilità appunto è senza dubbio riconosciuta nei casi, cui è difficile superare cogli altri mezzi. Quei calcoli i quali si *arrestano* e *crescono nel collo dell' uretra* col taglio retto-vescicale, si rimovono in qualunque condizione.

Sotto tre condizioni, dice lo *Scarpa*,

da quanto so si presenta nella pratica il calcolo soffermato nel callo dell' uretra.

1.° *Quando, malgrado la presenza del calcolo riesce al chirurgo di fare che il catetere solcato entri compiutamente in vescica.*

In questo caso il chirurgo fa il solito taglio retto-vescicale colla guida del siringone, e così rimuove facilmente il calcolo colle dita, come io feci quando estrassi al Cordes parte delle croste calcaree che circondavano l' orificio ed il collo della vescica.

2.° *Quando il calcolo non permette al catetere d' inoltrarsi che per breve tratto oltre l' apice della prostata.*

Fatto il primo taglio, l' operatore inciderà al solito l' uretra membranacea e porterà il tagliente fin dove può correre nella solcatura del siringone, e quindi si spingerà, come dice lo *Scarpa*, *una sottile guida comune flessibile fra il calcolo ed il collo dell' uretra, lungo la qual guida* fenderà perpendicolarmente, con bisturì stretto, e co-

me nel primo caso, ed esporterà il calcolo o col dito, o con pinzetta.

3.° *Quando il calcolo è sì voluminoso da non permettere che il catetere proceda più oltre che l' uretra membranosa.*

In questo caso appunto trionfa il taglio retto-vescicale, giacchè colla prima incisione mettiamo a scoperto la parte membranosa dell' uretra e la prostata. Il chirurgo pertanto fenderà l' uretra al solito, ed ivi porterà una guida comune più o meno sottile, e a mano a mano facendola avanzare verso il collo della vescica, il che succede con le diverse piccole incisioni fatte con bisturì strette dirette da quella, e pervenuto alla porzione del calcolo quivi nicchiata, col dito circolarmente guidato si assicura se è libera essa, ovvero se abbia aderenza; nel qual caso l' isolerà facilmente, e contemporaneamente col medesimo dito la spingerà di là dall' orificio cui intaccherà, se occorre, di più, per procurare l' adito alla tanaglia, onde afferrare il calcolo più o meno voluminoso.

Presso a poco così operai nell' arcispedale di S. M. Nuova di Firenze sopra un sig. di Gubbio, il quale si presentò affetto da due fistole orinarie (V. Memoria A, pag. 21), una al perineo circa un pollice sopra l'ano, l' altra all' intestino retto poco dopo gli sfinteri, e fu giudicato che le due aperture comunicassero insieme, tanto più per essere paralelle nella retta linea perpendicolare. Anche da queste aperture emanavano le orine; lo scolo era però frequente e maggiore nell' apertura inferiore dell' ano. I tentativi fatti dal celebre *Nannoni*, dal *Nesi* chirurgo di turno, e da me, per inoltrare ed internare in vescica una siringa di argento, furono inutili; come pure l'introduzione di candelette, minugie ed altri strumenti tentati indarno dagli altri chirurghi in dieci anni di cura.

Tale affezione morbosa ebbe principio da una ritenzione, poi da incontinenza d' orina sofferta per quasi due anni. Dopo tal epoca si rinnovò la ritenzione con non pochi incomodi che

inquietavano moltissimo l'ammalato. Le irritazioni crebbero, e nell' entrar dell' anno quinto di malattia si manifestò un' infiammazione a tutte le vie orinarie, il risultàto della quale fu un tumore che si presentò al perineo. Fatto dai chirurghi ciò che il buon criterio avea loro suggerito, impiastri, fomenti, ecc. sulla località, il tumore suppurò e spontaneamente si aperse e creò il foro superiore già indicato. Le orine si facevano strada per quell' apertura, ma dopo qualche tempo non colavano con certa libertà, laonde l'infermo per emetterle faceva ogni sforzo, mentre era obbligato di stare molto chinato e seduto. Pochissime allora ed a gocciole passavano per l' uretra, e più abbondanti in proporzione pel foro fistoloso. Lo stimolo era frequente e non poteva trattenerle più d' un' ora. Nel corso del settimo anno si sopprimevano anco per la fistola orinaria suddetta, e non vi erano premiti che bastassero ad espellere le orine che non venivano più che a stille. Le durezze

crescevano e l'irritazione si aumentava; quindi nuova raccolta di marcia ed un ascesso più esteso si presentò dietro altra infiammazione generale delle vie orinarie. Sotto la pressione delle dita del suo chirurgo usciva una materia sanguinolenta pel foro il quale si era più esteso allora, ed in tal tempo si vide che usciva dall' ano mista con le orine. D' allora in poi queste si facevano strada per l' ano liberamente e gli portarono maggiore sollievo; ma certi stimoli, inquietudini, febbre periodica senza tipo regolato ed altri incomodi tormentavano l'ammalato il quale pur non aveva che quarantadue anni di età, e dieci anni di malattia: in conseguenza si determinò egli a farsi visitare, e curare in Firenze.

Fatto da noi pertanto ogni tentativo ed ogni esplorazione, si applicarono rimedi emollienti, preceduti da cura generale, col fine di ammollire le durezze, considerate come prodotte dalle fistole e dalle raccolte orinose. Fu deciso che convenisse aprire le due comunicazioni e

dalla prima apertura incominciare il taglio e prolungarlo nell' ano interessando l' altra. Per tale operazione munito io degli strumenti necessari, presenti i suddetti maestri e gli altri miei colleghi di turno, e praticanti, mi accinsi all'impresa coll'introdurre primieramente nell' ano il solito semi-canale per difendere la parte sana dell' intestino opposta alla fistola, e per dilatare l'apertura dell' ano nel tempo stesso. Impugnai il bisturì in asta lanciato, e senza guida lo impiantai orizzontalmente nel foro fistoloso intaccando tutto il cellulare come se avessi avuto da fare il taglio di *Cheselden* pel grande apparecchio lateralizzato ; colla diversità però che in vece di deviare il taglio dopo il primo tempo, lo mantenni in perfetto perpendicolo, e così internatolo, a mano a mano che discendea col tagliente, abbassava il manico e fendea il perineo col cellulare, e m' internava a gradi col tagliente onde interessare l' apertura inferiore cogli sfinteri e coll' estremo retto intestino.

Esaminato questo taglio e le parti interessate, osservammo nell' uretra membranacea, felicemente scoperta colla prostata, una piccolissima apertura nella quale, inoltrando uno specillo, ci accorgemmo che vi era un calcolo; ma lo specillo stesso non poteva tant' oltre internarsi, quindi colla guida di quello ingrandii il foro. Mi fu presentata allora dal *Nannoni* una tenta solcata, e a poco a poco io l' introduceva ed incideva la prostata; venuta che fu verso il collo della vescica, la tenta entrò facilmente: mentre a poco a poco penetrava lo strumento, si scorgea che il calcolo era più grosso che non parea dapprima; allora senza fare altra incisione, intaccato l' orificio della vescica, e sbrigliata la porzione calcare dall' uretra e dal collo della vescica, la spinsi entro la vescica medesima, e quindi l' estrassi colla tanaglia.

Il calcolo era fungiforme e pesava 22 denari, mentre il suo volume era nella parte più grossa circa quello di una noce, e dalla sua figura comprendemmo,

1.° che il calcolo ebbe il suo primordio nell' uretra, ove impediva l' uscita dell'orina per la via naturale, 2.° che avendo otturato l'orificio della vescica, col crescere di volume impediva l'uscita delle orine anche per la fistola uretra-perineale, 3.° finalmente, che non potendo uscire l' orina pel collo della vescica si fece strada pel basso fondo, da dove s' introdusse nel retto, formando la fistola retto-vescicale o sterco-vescicale.

Per due giorni il malato ebbe la febbre, comparsa sei ore circa dopo l'operazione. Le orine scolavano liberamente dal basso fondo per l'apertura fistolosa, non meno che per l' artificiale, da cui uscirono parecchi muchi. La vescica era ristretta, e le pareti ingrossate. Nel quinto giorno si usò la siringa di gomma elastica per deviare le orine che uscivano dal basso fondo, e si fecero lozioni, onde favorire al muco la facile uscita, che fomentossi col mezzo del vapore acquoso che si svolgea dall' acqua introdotta nella vescica onde estenderla, e ammollirne nel tempo stesso le pareti.

Con questo mezzo, e coll' uso del nitrato d' argento, ottenemmo la guarigione della piaga, la quale andò a grado a grado cicatrizzandosi, ed a capo di cinquanta giorni fu l'infermo perfettamente guarito. Non entrarono giammai fecce, nemmeno pel foro fistoloso, forse perchè era piccolo, ma più probabilmente perchè occupava colla parte media circa del suo asse il basso fondo. Dallo spedale uscì dieci giorni dopo la guarigione, e passato un mese ritornò contento alla patria.

§ 32.

" Se adunque in ogn' uno dei pos-
" sibili casi di calcolo arrestato nel
" collo dell' uretra, e per anco in
" quello in cui il calcolo si è ivi au-
" mentato grandemente, si può farne
" l'estrazione abbastanza comodamente
" e felicemente mediante il taglio *la-*
" *terale*, senza portare offesa agli or-
" gani ejaculatori, non avvi motivo
" sufficiente di sostituire ai metodi o-

“ perativi, sin’ora conosciuti, il taglio
“ retto-uretrale. E, quand’ anco, trat-
“ tandosi di calcolo assai grosso impe-
“ gnato nel collo dell’ uretra, si otte-
“ nesse di estrarlo con maggior facilità
“ per la via del retto intestino che col
“ taglio *laterale*, locchè rimane ancora
“ da dimostrarsi, siffatto vantaggio non
“ bilancierebbe il danno della lesione
“ dei vasi seminali, ecc. „

Il caso già citato può mostrare la somma utilità del taglio retto-vescicale, che sebbene fosse fatto per accidentalità e immaginato nel momento, mostrò che non mancano modi alla chirurgia opportunamente applicata per l’ umanità. Così quel taglio fu fatto senza siringone, e senza regolarità, onde scansare in prevenzione le parti, ciò che con tutto rigore non si può fare se non in un caso di sorpresa, nel quale si tenta quello di più ragionevole che viene in mente per non incorrere il rischio di procurare maggior danno al-l’ infermo col lasciare imperfetta l’ope-

razione. Allora in fatti assai si temè, non tanto per la vita dell' infermo, quanto pei danni che poteano appunto prevedersi, cioè: la *lesione dei vasi seminali*, l'*introduzione degli escrementi in vescica*, e la *fistola*; eppure niente di tutto questo accadde, ed anzi fu salutare il metodo praticato sino a guarire le fistole, il che con altro metodo certamente non sarebbe avvenuto.

Questa complicazione non si rimedia così facilmente col taglio laterale. Fatto per ipotesi il taglio nel modo indicato dal cav. *Scarpa* per questo caso, supposto che si fosse prima conosciuta l' esistenza d'un calcolo nel collo della vescica e nell' uretra, dopo averlo estratto, come si sarebbero curate le fistole? Sarebbe stato necessario lasciarle come erano, o fare nuovi tagli. Ecco pertanto il vantaggio sommo del taglio retto-vescicale, di signoreggiare primieramente su tutte le parti sottoposte al primo taglio; secondo, di favorire la libera uscita del corpo estraneo qualunque sia. Tutto il resto delle obie-

zioni è mera supposizione, e i danni sono immaginari, o desunti dal modo cattivo di operare di taluno. Il taglio retto-vescicale, fatto da abile mano, porterà nuova vita all' infermo giudicato incurabile.

§ 33.

" Conchiudo, che l' esame anato-
" mico delle parti sulle quali vien e-
" seguito il taglio *laterale*, e di quelle
" sulle quali vien praticato il retto-
" vescicale per l' estrazione di pietra
" d' ordinaria, e più che ordinaria
" grossezza, non che i risultati della
" giornaliera sperienza sul conto del
" taglio *laterale* strettamente detto, e
" di quelli che sono stati registrati dopo
" il taglio retto-vescicale, dimostrano
" all'evidenza la grande superiorità del
" taglio *laterale* sul retto-vescicale. E,
" per riguardo di que' casi, nei quali
" la pietra è di straordinario volume,
" non risulta meno evidente dalla con-
" siderazione delle parti interessate nel-

" l' una e nell' altra operazione, che
" il taglio retto-vescicale, per la grande
" estensione dell' incisione che esige
" questo metodo di operare, partendo
" dall' uretra membranosa, e passando
" pel collo dell' uretra all'orificio della
" vescica, e di là al basso fondo della
" medesima, e per l' offesa inevitabile
" dei vasi seminali ejaculatori, e del-
" l' una o dell' altra delle vescichette
" seminali, o del corrispondente vaso
" *deferente*, e del pericolo di offen-
" dere la *falda* del sacco del peritoneo,
" ed infine per l'inevitabile triste con-
" seguenza della *perpetua* fistola sterco-
" orinosa, è il taglio retto-vescicale un
" modo di litotomia di molto inferiore
" altresì al taglio ipogastrico, malgrado
" qualche imperfezione di quest' ul-
" timo, qualunque volta sia indicato
" ne' maschi, ecc. ,,

Dal sin qui detto, e necessariamente dichiarato ed esposto con prolisse spiegazioni, e talvolta con ripetizioni divenute inevitabili per la qualità degli

obietti, si può conchiudere che il taglio retto-vescicale è superiore a tutti i metodi fin qui conosciuti. Con questo si ottiene facile l' uscita di pietra d' ordinaria e più che ordinaria grossezza, senza incidere tutta la base della prostata, ma intaccandola solamente coll' orificio della vescica. Nel caso di pietra di straordinario volume, o per altra complicazione, si prolunga più o meno il taglio, incidendo tutta la base della prostata ed il collo della vescica, e intaccando il basso fondo, come insegna il prof. *Vaccà*.

Questi due modi, i quali costituiscono il metodo del *taglio retto-vescicale*, accolgono in se i vantaggi del *taglio laterale*, e dell' *ipogastrico*, ed evitano i difetti d' ambedue.

In fatti, nel grand' apparecchio lateralizzato, o taglio laterale, è probabile che non si tagli l'arteria pudenda profonda, ma, quando non venga interessata coll'incisione, può essere offesa dalla uscita di una pietra grossa, scabra, e spinosa, che esige grandi

sforzi e lacerazione delle parti, da far succedere una emorragia secondaria. Una pietra non eccessivamente, ma più dell' ordinario grassa e dura da non potersi estrarre dalla vescica, nè spezzare, mercè del taglio retto-vescicale nel primo modo ottiene facilmente l'uscita senza dividersi o frangersi in quell' organo sensibilissimo e abbastanza maltrattato dal soggiorno della pietra.

Nel taglio ipogastrico vi è il pericolo di offendere il péritoneo, e ne avverrebbe la discesa delle intestina, con terribili conseguenze.

La possibilità dell' infiltrazione delle orine nel basso ventre, e così la difficoltà dello scolo della medesima e di altre sostanze, siano muchi, marce, ecc. non è un men lieve difetto, e, secondo il cav. *Scarpa*, si evita questo colla permanenza della cannula di metallo in vescica, introdotta col mezzo di altra incisione, ma questo offre pericoli e malori all' infermo che col taglio retto-vescicale si evitano.

FINE.

Pag.	lin.	*Errori*	*Correzioni*
XIII	4	*Donglass*	*Douglas*
XXIX	20	*intese*	*inlese*
11	5	e diversità	a differenza
23	19	o d' alto	od alto
26	12	come dubita	come scrive
29	23	scusa	scansa
35	26	che sia	sia che
58	26	ditensione	distensione
66	8	dalla pressione	si fende dalla pressione
76	10	sfintere estremo	sfintere esterno
85	16	descritta	descritto
102	26	lombi	loculi
118	22	sia	non sia
122	8	operatori	operatorii
129	26	nè troncare	nè lo sfintere troncare
134	16	strette	stretto
147	4	grassa	grossa